



## WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

### **ADRESAT:**

**Atrium Sprzęt Medyczny i Rehabilitacyjny Barbara Feliszewska**, z siedzibą: ul. Zagórska 82A, 42-680 Tarnowskie Góry, NIP: PL645-106-83-45, adres e-mail: [biuro@sklep-atrium.pl](mailto:biuro@sklep-atrium.pl)

Ja/My(\*) niniejszym informuję/informujemy(\*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(\*):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data zawarcia umowy(\*)/odbioru(\*) - .....

Numer dokumentu sprzedaży faktura/paragon lub numer zamówienia - .....

Imię i nazwisko konsumenta(-ów) - .....

Adres konsumenta(-ów) - .....

Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego, na który ma zostać dokonany zwrot:

.....  
.....

Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej):

.....  
.....

Data - .....

(\*) Niepotrzebne skreślić.