

VZOROVÝ FORMULÁŘ PRO ODSTOUPENÍ OD KUPNÍ SMLOUVY

Titul, jméno a příjmení:

Adresa:

Telefonní číslo/ e-mail:

tímto oznamuji, že v souladu s § 1829 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, odstupuji od kupní smlouvy uzavřené se společností Medaprex, s.r.o., se sídlem Truhlářská 1518/27, Nové Město, 110 00 Praha, Česká republika, IČO 074 15 320, e-mail: medaprex@medaprex.cz, adresa pro doručování: Truhlářská 27, Praha 1, 11 000, Česká republika.

Jako Kupující (spotřebitel) tímto oznamuji, že odstupuji od smlouvy o nákupu tohoto zboží:

Číslo objednávky a faktury:

Datum objednání zboží:

Datum převzetí zboží:

Zboží, které vracím Prodávajícímu titulem odstoupení:

Název zboží:

Kód zboží:

Důvod vrácení zboží:
(nepovinný údaj)

Způsob vrácení
Kupní ceny zboží:

Přeji si vrátit peníze
na bankovní účet (IBAN):

Kupující (spotřebitel) potvrzuje správnost veškerých výše uvedených údajů.

V, dne

podpis Kupujícího – spotřebitele
(pouze pokud je tento formulář zasílán v
listinné podobě)