

# FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

**Marcin Poczesny Łukasz Poczesny Plexiled s.c.**

Adres do korespondencji i wysyłek: ul. Partyzantów 5 | 32-300 Olkusz | Poland

Adres rejestrowy: ul. Główna 326 | 32-329 Bolesław | Poland

NIP: 637 220 29 09

+48 501 249 043

biuro@pleximed.pl

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

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

Data zawarcia umowy: .....

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

Adres konsumenta(-ów).....  
.....  
.....

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

Data: .....

(\*) Niepotrzebne skreślić.