

Formulář pro odstoupení od smlouvy

(vyplňte formulář a zašlete zpět pouze v případě, že chcete odstoupit od smlouvy nebo žádáte výměnu zboží)

Jméno a příjmení.....

Adresa.....

Číslo objednávky.....

ZBOŽÍ CHCI :

- ☐ **Vrátit** (do 14 dnů od převzetí zboží, nepoužité, ve stavu, v jakém bylo doručené)
- ☐ **Vyměnit** (do 14 dnů od převzetí zboží, nepoužité, ve stavu, v jakém bylo doručené)
- ☐ **Reklamovat** (důvod reklamace.....)

Zboží (kód)

.....

Za nové zboží (kód)

.....

Doprava

- ☐ objednání dopravy z naší strany
- ☐ zboží zašlu na své náklady

Zboží zašlete na adresu:

PND MEDICAL s.r.o., Nádražní 100, 739 91 Jablunkov, IČ: 28854454

Kupní cena bude vrácená bezhotovostním převodem na bankovní účet číslo:

...../.....

Datum

Podpis

.....

.....

Důvod odstoupení od smlouvy
(nepovinná položka)

.....