

## WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

- Adresat: "KOMA" S.C. HENRYK MALESKA, TERESA DUDA z siedzibą w Łaziskach Górnych, adres do wysyłki: ul. Działkowców 18, 43-170 Łaziska Górne, e-mail: [sklep@drogeriamarzen.pl](mailto:sklep@drogeriamarzen.pl), nr tel. +48 604 917 545, 32 738 90 43.

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

\_\_\_\_\_

- Numer zamówienia

\_\_\_\_\_

- Adres e-mail

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

- Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

\_\_\_\_\_

- Adres konsumenta(-ów)

\_\_\_\_\_

- Podpis konsumenta(-ów)

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

\_\_\_\_\_

- Data

(\*) - niepotrzebne skreślić