

ZAŁĄCZNIK NR 2

FORMULARZ ODSTĄPIENIA PRZEZ KONSUMENTA

DANE KUPUJĄCEGO:

_____dnia_____

Dane sprzedawcy:

Numer zamówienia: _____

HolisMed Katarzyna Krzemień

ul. Świnoujska 26/1

Data odbioru zamówienia: _____

54-313 Wrocław

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ POZA LOKALEM PRZEDSIĘBIORSTWA

Niniejszym oświadczam, że odstępuję od umowy _____ nr _____
zawartej w dniu _____ dotyczącej następujących towarów _____

Numer faktury: _____

Cena towaru: _____

Proszę o zwrot kwoty: _____ zł (słownie _____
_____ złotych)

poprzez:

- przekaz pocztowy na adres: _____
- na rachunek bankowy nr: _____

ZASADY PRZYJMOWANIA ZWROTÓW PODUSZEK

Zwracane poduszki muszą być w stanie nienaruszonym, bez śladów użytkowania ani zabrudzeń. Jeśli na powłóczkach zostaną stwierdzone plamy lub inne ślady użycia, w tym przymiarkowego, od kwoty zwrotu zostanie potrącona wartość danej powłóczki w regularnej cenie obowiązującej na sklepie www. Zwrot pieniędzy jest realizowany w ciągu 14 dni od spełnienia powyższych warunków. Koszt przesyłki zwracanego towaru ponosi Kupujący.

DATA, PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO REKLAMACJĘ