

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Wypełnij formularz w przypadku chęci odstąpienia od Umowy.

Data i miasto:

Twoje imię i nazwisko:

Twój adres:

Twój e-mail:

Twój telefon:

Michalina Kochanowska - Brand Medicine
Tarasy 4/1
80-141 Gdańsk

Odstąpienie od umowy

Odstępuję od umowy z dnia:

Numer zamówienia:

Zgodność z prawem tego dokumentu gwarantują prawnicy z Kancelarii KZ