

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Fundacja Kobiety Medycyny

ul. Polna 37,

62-250 Czerniejewo, Polska,

KRS: 0000913892, NIP: 7842527591, REGON: 389567142

<https://kobietymedycyny.org/>

biuro@kobietymedycyny.org

Ja/My(*)

niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(*) /
o świadczenie następującej usługi(*) / o dostarczenie treści cyfrowych w postaci(*):

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

Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)

.....

Imię i nazwisko Konsumenta (-ów):

.....

Adres Konsumenta (-ów):

.....
.....

.....

Podpis Konsumenta

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data

(*) Niepotrzebne skreślić