natural pharmaceuticals

……, data……
(miejscowość, data)

## FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat: Natural Pharmaceuticals sp. z o.o., ul. Puławska 366, 02-819 Warszawa, Tel. 22 22 490 69 67, bok@natural.pl;

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy zakupu produktu*:

……
(tu proszę wpisać nazwę produktu/produktów)

Nr dokumentu wysyłki*: ……
(znajdą go Państwo na blankiecie płatności)

Data otrzymania przesyłki*: ……

Nr Klienta*: ……..

Imię i nazwisko*: ……

Ulica i nr domu*: ……..

Kod pocztowy, miejscowość*: ……

Telefon kontaktowy*: ……

Jeśli mają Państwo w tej chwili nadpłatę na koncie Klienta, prosimy o podanie numeru rachunku bankowego**:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

……
(data i czytelny podpis)

*pola obowiązkowe
** W przypadku nadpłaty prosimy o dołączenie potwierdzenia płatności.