# FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

**Anna Ryczek**
24 Glenview Drive, Riverside
Galway
e-mail: info@buteykoclinic.pl
telefon: 604 588 447

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

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

Data zawarcia umowy: .....

Imię i nazwisko konsumenta(-ów) .....
.....

Adres konsumenta(-ów).....
.....
.....

.....
Podpis konsumenta(-ów)
*(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)*

Data: .....

(*) Niepotrzebne skreślić.