

.....  
Miejscowość, data

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

ELMEDICO Robert Gabrysiak  
Helenowo 31  
62-619 Sadlno  
Tel. 63 220 21 21  
Fax: 63 220 21 22  
Email: sklep@elmedico.pl

**Oświadczenie o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość  
lub poza lokalem przedsiębiorstwa**

Ja/My(\*).....

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

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

/umowy dostawy następujących rzeczy(\*) .....

/umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy/o świadczenie następującej  
usługi(\*).....

Data zawarcia umowy<sup>1</sup>/odbioru<sup>2</sup>(\*).....

Wyrażam zgodę na zwrot dokonanej płatności przelewem na rachunek bankowy o numerze  
.....

.....  
Podpis konsumenta(-ów)

(\*) Niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> podać, jeżeli umowa dotyczyła świadczenia usług

<sup>2</sup> podać, jeżeli umowa dotyczyła zakupu towaru