

## OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ

COLORMED s.c.  
M.Waliszewska K.Waliszewska  
ul. Inowrocławska 12  
88-170 Pakość  
NIP: 5562795467  
tel. (+48) 665 001 085  
e-mail: [zamowienia@colormed.pl](mailto:zamowienia@colormed.pl)

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

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

Data zawarcia umowy(\*)/odbioru(\*)

.....

Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

.....

Adres konsumenta(-ów)

.....

**PROSIMY O WYPEŁNIENIE W CELU UMOŻLIWIENIA NAM DOKONANIA ZWROTU PIENIĘDZY ZA ZWRACANE PRODUKTY:**

Imię i nazwisko właściciela konta .....  
Adres .....  
Nr konta(26 cyfr):                    \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ /

\*Podanie numeru konta nie jest konieczne jeśli płatność została dokonana Blikiem, szybkim przelewem lub kartą płatniczą. Środki zostaną zwrócone na konto z którego została wykonana płatność.

Data i podpis konsumenta(-ów)

.....

(\*)Niepotrzebne skreślić