

Formularz odstąpienia od umowy (zwrotu)

(wypełnij i odeślij tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Adresat:

Metamorfoza Centrum Zdrowia i Urody
Paulina Polewacz
ul. Słoneczna 21
78-550 Czaplinek
e-mail: kontakt@metamorfozabeauty.pl

Dane Kupującego

Imię i nazwisko:

Adres:

E-mail:

Telefon (opcjonalnie):

.Informacje o zamówieniu

Numer zamówienia:

Data złożenia zamówienia:

Data otrzymania zamówienia:

Oświadczenie

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących produktów:

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

Zwrot płatności

☐ na rachunek bankowy

Numer konta:

lub

☐ w taki sam sposób, w jaki dokonano płatności

Data:

.....

Podpis (jeśli formularz jest wysyłany w formie papierowej):