

Adresát: PHARMATOP III, s. r. o., Galvaniho 17/C, 821 04 Bratislava

Oznamujem, že týmto odstupujem od zmluvy o nákupu tohto tovaru:

Objednávka č.:

Dátum objednania:

Meno a priezvisko kupujúceho:

Adresa kupujúceho:

Kontakt na kupujúceho (telefón, email apod.):

Spôsob vrátenia poskytnutého peňažného plnenia:

Podpis kupujúceho (v prípade, že je formulár zasielaný v listovej podobe):

Dátum