

# FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

## Constance Beauty Clinic Karolina Gniadek-Magusiak

30-443 Kraków, ul. Józefa Marcika 12

NIP: 9442243365

biuro@constanceclinic.pl

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.