

Imię i nazwisko: .....

Data .....

Adres: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**Skład Medyczno-Rehabilitacyjny  
MELISA-MED  
ul. Franciszka Stefczyka 47  
51-662 Wrocław**

**OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU  
OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ**

Oświadczam, że odstępuję od umowy (*nr zamówienia*) .....  
zawartej dnia (*data złożenia zamówienia*). .....

W ramach realizacji umowy otrzymałem produkt/produkty, od których zakupu odstępuję:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Proszę o zwrot kwoty: ..... zł (słownie: .....  
.....)

na konto bankowe nr: .....

.....

Podpis Klienta