

Załącznik nr 1 do Regulaminu sklepu internetowego uphealthpharma.pl

**WZÓR FORMULARZA ODSZKADNIENIA OD UMOWY
DLA KONSUMENTÓW
(przykładowy)**

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

Adresat:	UP HEALTH PHARMA SP. Z O.O. Świętego Proroka Eliasza 4 15-568 Białystok adres e-mail: kontakt@uphealthpharma.pl
Adres do zwrotu Produktu:	UP HEALTH PHARMA SP. Z O.O. Świętego Proroka Eliasza 4 15-568 Białystok, tel. 884 606 969
Ja _____ niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następującego/ych Produktu/ów (nazwa, nr katalogowy, ilość sztuk)/ umowy o dostarczenie Treści cyfrowych, tj. (nazwa, ilość sztuk)*: *Niepotrzebne skreślić	
Imię i nazwisko Klienta:	
Data zawarcia umowy/ odbioru* (niepotrzebne skreślić):	
Numer Zamówienia:	
Adres Klienta:	
Telefon kontaktowy Klienta:	
Adres e-mail Klienta:	
Numer rachunku bankowego (jeżeli ma zostać dokonany zwrot uiszczonyj ceny za zakupione Produkty)	
Data:	

Podpis Klienta
(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)