**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY**

Adresat:

AdKlinika Sp. z o.o.

ul. Winorośli 2 lok. 2

05-509 Piaseczno

Adres e-mail: kontakt@drlas.pl

**Adres do zwrotu:**

Customeritum Sp. z o.o.

Centrum Magazynowo – Dystrybucyjne

ul. Paderewskiego 167

05-070 Sulejówek

Ja niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy (w miarę możliwości podać dodatkowo numer zamówienia):

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko konsumenta:

…………………………………………………………………………………………………………………

Adres konsumenta:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Numer rachunku bankowego konsumenta do zwrotu płatności:

…………………………………………………………………………………………………………………

Podpis konsumenta – tylko w przypadku przesłania formularza w wersji papierowej:

…………………………………

Data wypełnienia formularza:

…………………………………