Miejscowość, data

………………………………………

………………………………………

………………………………………

Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

Adres konsumenta(-ów)

Żuchowski Dental sp. z o.o

ul. Pucka 59

70-851 Szczecin

**Oświadczenie**

**o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość**

**lub poza lokalem przedsiębiorstwa**

Ja/My (\*)………………….……………niniejszym informuję/informujemy(\*) o moim/naszym(\*)odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(\*) ………………………………..……

umowy dostawy następujących rzeczy(\*) …………………………………………………………..

umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy/o świadczenie następującej usługi(\*)……………………………………………………………

Data zawarcia umowy1/odbioru2(\*)………………………………………..……………….

……………………………………

Podpis konsumenta(-ów)

(\*) Niepotrzebne skreślić

1 podać, jeżeli umowa dotyczyła świadczenia usług

*2* podać, jeżeli umowa dotyczyła zakupu towaru