

P.P.H."BRATEX" SŁAWOMIR BRYŁA  
99-400 Łowicz,  
ul. Popów 158  
NIP: 834-100-24-93  
REGON: 750447826  
Tel. 604 460 843  
e-mail: [biuro@skarpetymedyczne.pl](mailto:biuro@skarpetymedyczne.pl)

\_\_\_\_\_ (miejsowość, data)

## OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ LUB POZA LOKALEM PRZEDSIĘBIORSTWA

Niniejszym oświadczam, iż odstępuję od umowy sprzedaży następujących skarpet:

- 1) \_\_\_\_\_  
(nazwa skarpet, ilość skarpet)
- 2) \_\_\_\_\_  
(nazwa skarpet, ilość skarpet)
- 3) \_\_\_\_\_  
(nazwa skarpet, ilość skarpet)
- 4) \_\_\_\_\_  
(nazwa skarpet, ilość skarpet)
- 5) \_\_\_\_\_  
(nazwa skarpet, ilość skarpet)
- 6) \_\_\_\_\_  
(nazwa skarpet, ilość skarpet)

Numer zamówienia \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_

Numer faktury VAT /Nr paragonu \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_

Data odbioru towaru: \_\_\_\_\_

Numer konta i nazwa banku na który proszę dokonać zwrotu:

\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_  
(nazwa banku) (numer konta)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_  
(ulica, numer domu/mieszkania)

\_\_\_\_\_ (kod pocztowy, miejscowość)

Podpis: \_\_\_\_\_

**Zwrot towaru należy wysłać pod adres:**

**P.P.H."BRATEX" SŁAWOMIR BRYŁA  
99-400 Łowicz, Popów 158**