

Oznámení o odstoupení od smlouvy

Adresát:

MANTA MEDICA s.r.o.,
se sídlem Křovinovo náměstí 9/12, 19300 Praha,
IČO 25629000,
DIČ CZ25629000

Oznamuji/oznamujeme (*), že tímto odstupuji/odstupujeme (*) od smlouvy o nákupu tohoto zboží:

Číslo objednávky (nepovinné, pro rychlejší vyřízení požadavku):

Datum objednání (*)/datum obdržení (*):

Jméno a příjmení spotřebitele/spotřebitelů:

Adresa spotřebitele/spotřebitelů:

Podpis spotřebitele/spotřebitelů (pouze pokud je tento formulář zasílán v listinné podobě):

Datum:

() Nehodící se škrtněte.*