

**WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY**

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

**DR N MED. MARTA BOGUSZ DORADZTWO MEDYCZNE ul. Karola Libelta 27/18a, 61-707 Poznań**  
**adres e-mail: kontakt@mlodosc.com**

- Ja/My(\*) ..... niniejszym informuję/informujemy(\*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących towarów(\*) / o świadczenie następującej usługi(\*) / o dostarczenie treści cyfrowych w postaci(\*):

.....  
.....  
.....

**Data zawarcia umowy(\*)/odbioru(\*)**

.....

**Imię i nazwisko Konsumenta(-ów) / Przedsiębiorcy(-ów) uprzywilejowanego(-ych):**

.....

**Adres Konsumenta(-ów) / Przedsiębiorcy(-ów) uprzywilejowanego(-ych):**

.....

.....

.....  
Podpis Konsumenta(-ów) / Przedsiębiorcy(-ów) uprzywilejowanego(-ych)

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)