

ZAŁĄCZNIK NR 1

FORMULARZ ODSZTĄPIENIA OD UMOWY

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

(miejsce oraz data)

OpenMed Recepty sp. z o.o

ul. Wschowska 8

01-239 Warszawa

adres e-mail: bok@recepty.openmed.pl

Ja _____ *(imię i nazwisko konsumenta)*, _____
(adres konsumenta), _____ *(adres e-mail konsumenta, podany przy składaniu zamówienia)* niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi _____ . Data zawarcia umowy _____ , _____ *(numer zamówienia)*.

podpis konsumenta

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)