**Vzorový formulář pro odstoupení od smlouvy**

Vyplňte tento formulář a pošlete jej zpět pouze v případě, že chcete odstoupit od smlouvy

**Oznámení o odstoupení od smlouvy**

Adresát:

INVE Medical Czech Republic, s.r.o., Pojedy 39, Žitovlice, 289 34,

Oznamuji, že tímto odstupuji od smlouvy o nákupu tohoto zboží:

Datum koupě (obdržení zboží): ………………………………….

Číslo objednávky/účtenky: ………………………………….

Jméno a příjmení kupujícího: ………………………………..

Adresa kupujícího: ……………………………………..

Kontakt na kupujícího (telefon, email apod.): ……………………………………………….

Způsob vrácení poskytnutého peněžního plnění: ……………………………………

Podpis kupujícího (pouze pokud je tento formulář zasílán v listinné podobě) …………………………

Datum …………………………