

.....  
(miejsowość, data)

**Health Labs Care Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k.**

ul. Sienkiewicza 81/3 lok 200 15-003 Białystok

adres korespondencyjny:

ul. Świętojańska 12A, 15-082 Białystok

.....  
imię, nazwisko Klienta

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

.....  
adres e-mail

**FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY**

**Oświadczam, że odstępuję od zawartej umowy:**

Nr zamówienia .....

Nazwa zwracanego produktu.....

Ilość sztuk.....

Wartość zamówienia.....

**Sposób wpłaty i sposób zwrotu pieniędzy – prosimy zaznaczyć zgodny z formą zapłaty:**

- Płatność elektroniczna
- Płatność przy odbiorze

Jeśli płatności dokonano przy odbiorze prosimy o podanie poniższych danych:

Nr rachunku.....

Dane właściciela rachunku.....

**Zwracane produkty wraz z wypełnionym i podpisanym formularzem zwrotu należy wysłać na adres:**

**DTW Logistics Sp. z o.o. sp.k.**

**DC5**

**Health Labs Care**

Kopytów 44e

05-870 Błonie

Data i czytelny podpis.....