**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ**

**(Συμπληρώστε και επιστρέψτε το παρόν έντυπο μόνο εάν επιθυμείτε να υπαναχωρήσετε από τη σύμβαση)**

*Προς*

 *Συστεγασμένα Φαρμακεία A.Μαρούλη-Ν.Καββαδία Ο.ε.*

*Αχιλλέως 42-44 ,Καλλιθέα Τ.Κ. 17674*

*Τηλ: 2109422321*

*Email:* *topharmakeion@gmail.com*

*Website: www.topharmakeion.gr*

 Γνωστοποιώ με την παρούσα ότι υπαναχωρώ από τη σύμβασή πώλησης των ακόλουθων αγαθών που παραγγέλθηκε(-αν) στις (……..…………..)/που παρελήφθη(-σαν) στις (....................)

 Όνομα καταναλωτή: .......................................................................

 Διεύθυνση καταναλωτή: ................................................................. Τηλέφωνο:……………………………………………………………………..

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:……………………………………………………………….

 Αριθμός ηλεκτρονικής παραγγελίας:……………………………………………………………………..

 Κωδικός Προϊόντος:……………………………………………………………………..

 Ποσότητα :…………………………………………………………………….. Αιτία:……………………………………………………………………..

Επίσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι: - Ότι τα προϊόντα και η συσκευασία τους βρίσκονται στην αρχική τους κατάσταση και δεν έχουν αποσυσκευασθεί, χρησιμοποιηθεί, ή υποστεί ζημία. - Ότι επιβαρύνομαι με το κόστος επιστροφής των προϊόντων.

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ

 Δικαιούχος ………………………………………….

Τράπεζα ………………………………………….….

 Αρ. Τραπεζικού Λογαριασμού ………………………………………….

 ΙΒΑΝ ………………………………………….

Ημερομηνία:

 Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_