

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

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

Προς

Συστεγασμένα Φαρμακεία Ν.Καρθαδία- Χ.Κολυβά 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 αποσυνσκευασθεί, χρησιμοποιηθεί, ή υποστεί ζημία. - Ότι επιβαρύνομαι με το κόστος επιστροφής των προϊόντων.

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ

Δικαιούχος

Τράπεζα

Αρ. Τραπεζικού Λογαριασμού

IBAN

Ημερομηνία:

Υπογραφή: _____