**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**: AKTIV Zdravotnické potřeby s.r.o., Pamětice 17, 39701 Drhovle u Písku, e-mailová adresa: info@aktivpisek.cz**Oznamuji**, **že tímto odstupuji** **od smlouvy o nákupu tohoto zboží:** **Datum objednání** (\*) / **datum obdržení** (\*):**Jméno a příjmení spotřebitele:****Adresa spotřebitele:**Beru na vědomí, že nesu náklady spojené s navrácením zboží. **Podpis spotřebitele** (pouze pokud je tento formulář zasílán v listinné podobě):**Datum:**(\*) Nehodící se škrtněte nebo údaje doplňte. |