**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](mailto: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. |