................................................                                                 ......................, dn. ......................

................................................

................................................

imię, nazwisko i adres

 Dr Beata Dethloff Sp. z o.o.

 ul. Nowogrodzka 21,

00-511 Warszawa

Mail: klinika@drbeatadethloff.pl

**OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY**

Oświadczam, że zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. 2014 r. poz. 827) **odstępuję od umowy**  numer zamówienia……………… z dnia………….................... dotyczącej zakupu towaru/usługi:

1. ……………………………………………………………………….

2.………………………………………………………………………..

3,………………………………………………………………………..

Przyczyna odstąpienia[[1]](#footnote-1):

…………………………………………………………………………..

 …………………………………..

 podpis

1. *Przyczyna odstąpienia nie jest obowiązkowa, ale pomoże nam poprawić nasza ofertę i dostosować ja do potrzeb naszych Klientów.* [↑](#footnote-ref-1)