

WZÓR FORMULARZA Odstąpienia od umowy

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

– Adresat: Hair Lab Klinika Włosów Izabela Szymczak, adres ul. Gintrowskiego 31, 02-697 Warszawa, NIP: 7321198908, REGON: 141104948, Tel/fax (22) 648 50 90 adres e-mail klinika@hairlab.pl

– Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy(*) umowy dostawy następujących rzeczy(*) umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy(*)/o świadczenie następującej usługi(*)

– Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)

– Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

– Adres konsumenta(-ów)

– Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

– Data