

Elállási nyilatkozat*

Címzett: Pharma-Technic Kft.

(cím: 8600 Siófok Diófás út 107/A., e-mail: rendeles@enkertemsiofok.hu)

Alulírott kijelentem, hogy gyakorlom az elállási/felmondási jogomat az alábbi termék/ek adásvételére vagy az alábbi szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés tekintetében:

.....
.....

Szerződéskötés időpontja /átvétel

időpontja:

A fogyasztó

neve:

A fogyasztó

címe:

A vételárat az alábbi bankszámlaszámra kérem visszaautalni (abban az esetben töltsse ki, ha szeretné, hogy a vételárat banki átutalással fizessük vissza):

.....

A fogyasztó aláírása: (kizárólag papíron tett nyilatkozat esetén)

.....

Kelt: 2023.

* készült A 45/2014. (II.26.) kormányrendelet 2. sz. melléklete szerinti nyilatkozatminta alapján