

Adresat	REMIX SPÓŁKA JAWNA ul. Ostródzka 199H, 03-289 Warszawa e-mail: sklep@remixmedyczny.com
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	

(*) Niepotrzebne skreślić.