FORMULÁR NA ODSTÚPENIE OD ZMLUVY

(vyplňte a pošlite tento formulár späť iba vtedy, ak chcete odstúpiť od zmluvy)

Adresát:
HEVIX spol. s r.o., Púpavová 2, 900 27 Bernolákovo, e-mail: info@inmedical.sk

Týmto oznamujem, že odstupujem od zmluvy o nákupe tohto tovaru / o poskytnutí tejto služby (nehodiace sa prečiarknite):

Tovar / služba

Číslo objednávky

Objednané dňa / prijaté dňa (nehodiace sa prečiarknite)

Meno a priezvisko spotrebiteľa

Adresa spotrebiteľa

Číslo účtu (IBAN) na vrátenie peňazí (nepovinné)

Podpis spotrebiteľa (iba ak sa formulár podáva v listinnej podobe)

Dátum

Spotrebiteľ môže odstúpiť od zmluvy bez udania dôvodu v lehote 14 dní od prevzatia tovaru. Tovar vráťte do 14 dní odo dňa odstúpenia na adresu HEVIX spol. s r.o., Púpavová 2, 900 27 Bernolákovo, nepoužitý, v pôvodnom balení a spolu s kópiou dokladu o kúpe. Ak neuvediete číslo účtu, peniaze vrátime rovnakým spôsobom, akým ste platili.