WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Wypełnij formularz w przypadku chęci odstąpienia od Umowy.

Data i miasto:

Twoje imię i nazwisko:
Twój adres:
Twój e-mail:
Twój telefon:

L-DENT LESZEK CZABAN SPÓŁKA KOMANDYTOWA
Konopnica 159C
21-030 Motycz

Odstąpienie od umowy

Odstępuję od umowy z dnia:
Numer zamówienia:

Zgodność z prawem tego dokumentu gwarantują prawnicy z Kancelarii KZ