

## WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

**Zdrowe Geny sp. z o.o. w organizacji**  
**ul. Świeradowska 44b**  
**02-662 Warszawa tel.: tel. +22 123 95 55,**  
**e-mail: reklamacje@zdrowegeny.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):

Numer Zamówienia/Faktury VAT:

Nazwa usługi:

Numer kontaktowy:

Numer rachunku bankowego:

Data:

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

(\*) Niepotrzebne skreślić.