**Formulář pro odstoupení od smlouvy**

(vyplňte tento formulář a pošlete jej zpět pouze v případě, že chcete odstoupit od smlouvy)

|  |
| --- |
| **Oznámení o odstoupení od smlouvy**  - **Adresát**: **Alterna Medica Praha s.r.o.**  Jašíkova 1533/4  149 00 Praha - Chodov    alternamedica@email.cz  - **Oznamuji/oznamujeme** (\*), **že tímto odstupuji/odstupujeme** (\*) **od smlouvy o nákupu tohoto zboží**:  - **Datum objednání** (\*)/**datum obdržení** (\*)  - **Jméno a příjmení spotřebitele/spotřebitelů**  - **Adresa spotřebitele/spotřebitelů**  - **Podpis spotřebitele/spotřebitelů** (pouze pokud je tento formulář zasílán v listinné podobě)  - **Datum**  (\*) Nehodící se škrtněte nebo údaje doplňte. |
|  |