**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. |
|  |