

ODSTOUPENÍ OD KUPNÍ SMLOUVY

Jméno a příjmení: _____

Váš e-mail: _____

Číslo objednávky: _____

Číslo účtu pro vrácení kupní ceny: _____

VRACENÉ ZBOŽÍ:

Důvod pro vrácení zboží (volitelné):

INSTRUKCE PRO VRÁCENÍ

Nepoužité zboží v původních krabičkách prosím pečlivě zabalte i s tímto formulářem do krabice a [na naši provozovnu Konopná 74/6, Brno 617 00.](#)

Po obdržení Vaší zásilky Vás budeme do pěti pracovních dnů kontaktovat e-mailem.

V případě jakýchkoliv nejasností nás prosím kontaktujte na info@physiosuchanek.cz

Datum:

Podpis: