

FORMULÁR NA ODSTÚPENIE OD KÚPNEJ ZMLUVY

(vyplňte a zašlite tento formulár len v prípade, že si želáte odstúpiť od kúpnej zmluvy – neplatí v prípade liekov a zdravotníckych pomôcok)

Komu:

Predávajúci

Lekárň MAGNÓLIA s.r.o.
Trojičné námestie 6, 821 06 Bratislava
IČO: 35735341
e-mail: info@medistore.sk

Pri vybavovaní Vašej žiadosti bude dochádzať k spracovávaní Vašich osobných údajov zo strany predávajúceho. Informáciu o podmienkach spracovania nájdete v čl. VIII. Všeobecných obchodných podmienok internetovej lekárne Medistore, ktoré sú dostupné na www.medistore.sk. Oboznámte sa s nimi prosím pred vyplnením tohto formulára.

Kupujúci (spotrebiteľ)

Meno a priezvisko:

Bydlisko:

Telefonický kontakt:

e-mailová adresa:

týmto oznamujem, že odstupujem od kúpnej zmluvy týkajúcej sa predaja nasledovného tovaru:

Názov tovaru:

Veľkosť balenia:

Počet balení:

Číslo objednávky:

Dátum objednania:

Peniaze za vrátený tovar prosím zaslať na bankový účet číslo¹:

POUČENIE SPOTREBITEĽA:

Spotrebiteľ môže odstúpiť od kúpnej zmluvy aj bez uvedenia dôvodu odstúpenia do štrnástich (14) dní odo dňa prevzatia tovaru (netýka sa tovaru, ktorý je liekom / zdravotníckou pomôckou). Spotrebiteľ môže na odstúpenie od zmluvy použiť tento formulár, príp. inú listinnú

Účet číslo¹ uveďte v prípade, že si želáte peniaze za vrátený tovar zaslať na účet. Číslo účtu v tvare IBAN.

podobu alebo iný trvanlivý nosič (napr. e-mail, CD, atď.), a adresovať ho predávajúcemu na jeho adresu alebo e-mailovú adresu, ktoré sú uvedené vyššie. Predávajúci vráti spotrebiteľovi najneskôr do štrnástich (14) dní odo dňa doručenia oznámenia o odstúpení všetky platby, ktoré od neho prijal na základe zmluvy, vrátane nákladov na dopravu, dodanie a poštovné a iných nákladov a poplatkov. Spotrebiteľ je povinný najneskôr do štrnástich (14) dní odo dňa odstúpenia od zmluvy zaslať/odovzdať tovar predávajúcemu. Pri odstúpení od zmluvy znáša spotrebiteľ iba náklady na vrátenie tovaru a zodpovedá len za zníženie hodnoty tovaru, ktoré vzniklo v dôsledku takého zaobchádzania s tovarom, ktoré je nad rámec zaobchádzania potrebného na zistenie vlastností a funkčnosti tovaru.

V _____ dňa _____

Podpis spotrebiteľa

(iba ak sa tento formulár podáva v listinnej podobe)

Účet číslo¹ uveďte v prípade, že si želáte peniaze za vrátený tovar zaslať na účet. Číslo účtu v tvare IBAN.