

FORMULÁR NA ODSTÚPENIE OD ZMLUVY

(vyplňte a zašlite tento formulár len v prípade, že si želáte odstúpiť od zmluvy)

Komu:

Predávajúci: Lekáreň Íris s.r.o.
Adresa predávajúceho: Trebišovská 149/21, Bratislava 821 01
E-shop predávajúceho: www.lekareniris.sk
E-mail predávajúceho: info@lekareniris.sk

Týmto oznamujem, že odstupujem od zmluvy na nasledujúci tovar / o poskytnutí nasledujúcej služby*:

* Nehodiace sa prečiarknite

Číslo objednávky:

Nemusíte vyplňať, ale urýchli to vybavenie

E-mail:

Nemusíte vyplňať, ale urýchli to vybavenie

Dátum objednania / dátum prijatia:**Meno a priezvisko spotrebiteľa:****Adresa:****E-mail:**

Nemusíte vyplňať, ale urýchli to vybavenie

Platbu žiadam vrátiť na číslo účtu:

Ak nevyplníte, bude Vám platba vrátená rovnakým spôsobom, ako ste použili pri svojej platbe

Podpis:

(iba ak odosielate v tlačenej podobe)

Dátum:

Poučenie: Máte právo odstúpiť od zmluvy bez udania dôvodu do 14 dní od prevzatia tovaru / uzavretia zmluvy o poskytnutí služby / uzavretia zmluvy o poskytovaní elektronického obsahu nedodávaného na hmotnom nosiči. Vyplnený formulár nám odošlite poštou, e-mailom alebo doručte osobne na hore uvedenú adresu. Po odstúpení od zmluvy Vám vrátime všetky platby, ktoré ste uhradili v súvislosti s uzavretím zmluvy, najmä kúpnu cenu vrátane nákladov na doručenie tovaru k Vám. To sa nevzťahuje na dodatočné náklady, ak ste si zvolili iný druh doručenia, ako je najlacnejší bežný spôsob doručenia, ktorý ponúkame. Platby Vám budú vrátené bez zbytočného odkladu, najneskôr do 14 dní odo dňa, keď nám bude doručené Vaše oznámenie o odstúpení od tejto zmluvy. Ich úhrada bude uskutočnená rovnakým spôsobom, aký ste použili pri Vašej platbe alebo na číslo účtu, ktoré ste uviedli v tomto formulári (podľa Vašej voľby).