

Załącznik nr 1 - WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

1. Sprzedawca: **SOLT ZDROWIE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Przędzalniana 6H, 15-688 Białystok**, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku pod nr **KRS: 0000612442, NIP 5242798926, REGON 364218903**.
2. Niniejszy formularz można przekazać Sprzedawcy poprzez wysłanie na adres poczty elektronicznej na adres: shop@zipizip.com

OŚWIADCZENIE

Ja,

/imię i nazwisko/

niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

1.

2.

Data zawarcia umowy:

Imię i nazwisko konsumenta(-ów):

Adres konsumenta(-ów):

Adres e-mail:

.....

Podpis konsumenta(-ów)

Data