

**ZAŁĄCZNIK Nr 1**

**WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY**

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

**DRG MedTek Sp z o.o.**

**ul. Wita Stwosza 24**

**02-661 Warszawa**

**Tel.: 22 847 82 44, 22 847 83 75**

**Fax: 22/ 843 72 74**

---

[Imię i nazwisko konsumenta]

---

[Adres konsumenta]

Ja \_\_\_\_\_ niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy  
[imię, nazwisko]

sprzedaży następujących produktów: \_\_\_\_\_

Data zawarcia umowy<sup>(\*)</sup>/odbioru<sup>(\*)</sup> np. numer zamówienia etc.:

---

Data / Podpis konsumenta

(\*) Niepotrzebne skreślić.