ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε και επιστρέψετε το παρόν έντυπο μόνο εάν επιθυμείτε να υπαναχωρήσετε από τη σύμβαση

- Προς την

"Advanced Healthcare OE.", Γαμβέτα 164, Τ.Κ. 54248 Θεσσαλονίκη, τηλ. 2310-345970, e-mail: sales@ahealthcare.gr

- Γνωστοποιώ /Γνωστοποιούμε (*) με την παρούσα ότι υπαναχωρώ/υπαναχωρούμε (*) από Τη σύμβαση μου/μας(*)πώλησης των ακόλουθων αγαθών

.....
.....
.....

- Που παραγγέλθηκε(-αν) στις (*)/που παρελήφθη(-σαν) στις (*).....

- Ονοματεπώνυμο καταναλωτή(-ών)

- Διεύθυνση καταναλωτή(-ών)

- Υπογραφή καταναλωτή(-ών) (μόνο εάν το παρόν έντυπο κοινοποιηθεί σε χαρτί)

- Ημερομηνία

(*) Διαγράφεται η περιττή ένδειξη.