



FORMULÁR NA ODSTÚPENIE OD ZMLUVY

Vyplňte a zašlite tento formulár len v prípade ak si želáte odstúpiť od zmluvy
– v prípade vrátenia alebo výmeny tovaru

Obchodné meno: BH Medical s.r.o.

Adresa: Poľná 1123, 990 01 Veľký Krtíš, Slovakia

IČO: 48 276 863

E-mail: info@bhmedical.sk

Týmto oznamujem, že odstupujem od zmluvy na tento tovar a žiadam jeho vrátenie/ výmenu (zvoľte prosím jednu z možností).

Číslo objednávky*:

Produkt:

Dátum objednania*:

Dátum prijatia*:

Meno / Obchodné meno*:

Adresa kupujúceho*:

Sumu za vrátený tovar žiadam vrátiť na IBAN *:

Vrátený tovar žiadam vymeniť za: (Vyplňte prosím v prípade výmeny tovaru)

Poznámka:

Dátum:

Podpis kupujúceho:

*povinný údaj