

Formularz zwrotu towaru / odstąpienia od umowy

Imię i Nazwisko:.....

Adres:.....

Oświadczam, że odstępuję od umowy zawartej z:

Medical Continece Centers S.A. (MCC)

ul. Chmielna 132/134

00-805 Warszawa

Zawarcie umowy było potwierdzone Paragonem / Fakturą

nr z dnia

Należność za zwracany towar proszę przelać na konto (Bank i nr konta):

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

Powód zwrotu towaru / odstąpienia od umowy:

.....
.....

Miejscowość, data i czytelny podpis kupującego:

.....
.....