

## FORMULÁR NA ODSTÚPENIE OD KÚPNEJ ZMLUVY

<b>Meno a priezvisko Spotrebiteľa/-ľov:</b>	
<b>Adresa pobytu Spotrebiteľa/-ľov:</b>	
<b>Kontaktné údaje Spotrebiteľa/-ľov:</b>	tel. číslo:  e-mail:

**THUASNE MEDICAL, s.r.o.**  
**Karadžičova 2**  
**811 09 Bratislava**

V .....

dňa .....

### **ODSTÚPENIE OD KÚPNEJ ZMLUVY**

Týmto Vám oznamujem/oznamujeme,\* že odstupujem/odstupujeme\* od Kúpnej zmluvy ktorej predmetom je Tovar:

--

Číslo objednávky a dátum objednania Tovarů:

.....

\* Nehodiace sa prečiarknite.

Dôvodom odstúpenia od Kúpnej zmluvy je:\*\*

.....

.....

.....

Kúpnu cenu žiadam/žiadame\* vrátiť na:

Banka:

.....

IBAN:

.....

Podpis/-y spotrebiteľa/-ľov

---

\*\* Uvedenie dôvodu pre odstúpenie od Kúpnej zmluvy nie je pre platnosť odstúpenia od Kúpnej zmluvy potrebné. Pokiaľ však dôvod pre odstúpenie od Kúpnej zmluvy uvediete, môžete nám pomôcť pri zlepšovaní podmienok predaja Tovarů do budúcnosti.