**Formulár na odstúpenie od zmluvy**

(vyplňte a zašlite tento formulár len v prípade, že si želáte odstúpiť od zmluvy)

— Komu:

Ing. Peter Kudláč – APIMED  
 Nová 645 / 47  
 919 65 Dolná Krupá  
 prevádzka Hlavná 578 / 119, 919 65 Dolná Krupá

— Týmto oznamujem/oznamujeme (\*), že odstupujem/odstupujeme (\*) od zmluvy na tento tovar/od zmluvy o poskytnutí tejto služby (\*) : ..............

— Dátum objednania/dátum prijatia (\*) ..............

— Meno a priezvisko spotrebiteľa/spotrebiteľov (\*) ..............

— Adresa spotrebiteľa/spotrebiteľov (\*) ..............

— Podpis spotrebiteľa/spotrebiteľov (\*) (iba ak sa tento formulár podáva v listinnej podobe) ..............

— Dátum ..............

(\*) Nehodiace sa prečiarknite.