

2. melléklet a 45/2014.(II.26.) Korm. rendelethez
Elállási/Felmondási nyilatkozatminta

(csak a szerződéstől való elállási/felmondási szándék esetén töltsse ki és juttassa vissza)

Címzett: Pharmaforte Kft.

1066 Budapest, Teréz körút 20.

tel.: +36 30-2100-155, infor@pharmaforte.hu

Alulírott.....kijelentem, hogy gyakorlom
elállási/felmondási jogomat az alábbi termékek adásvételére irányuló szerződés tekintetében:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Szerződéskötés/átvétel időpontja:

Fogyasztó neve:

Fogyasztó címe:

Fogyasztó aláírása papíron tett nyilatkozat esetén:

Kelt: