

Data.....

Imię i nazwisko, adres:
.....
.....
.....
.....

Apteka Nowa Farmacja
ul. Zwycięstwa 10
15-703 Białystok
85 667 03 97
apteka@nowafarmacja.pl

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy sprzedaży, zgodnie z zamówieniem nr.....,
z dnia....., następujących produktów:

I.p	Nazwa towaru	Ilość sztuk	Wartość brutto w zł

Nr konta do zwrotu należności:.....

Podpis

.....