

FORMULÁŘ PRO ODSTOUPENÍ OD SMLOUVY

Odstoupení od smlouvy bez udání důvodu do 14 dnů

(vyplňte tento formulář a pošlete jej zpět pouze v případě, že jste spotřebitelem a chcete odstoupit od smlouvy)

GEMINI oční klinika, a.s., IČ: 269 06 295

U Gemini 360, 760 01 Zlín, mob +420 734 853 615, email:

objednavkygemioptal@gemini.cz

Jméno a adresa:	Kontaktní osoba:
	Telefon / fax:
	Mobil:
Zpáteční adresa pro zaslání zboží: <small>(Je-li shodná s výše uvedenou, nevyplňujte!)</small>	E-mail:
	Číslo bankovního účtu: (pro vrácení hodnoty zboží)

Oznámení o odstoupení od smlouvy:

Oznamuji/oznamujeme (*), že tímto odstupuji/odstupujeme (*) od smlouvy o nákupu tohoto zboží:

ZBOŽÍ:

DATUM OBJEDNÁNÍ:

DATUM OBDRŽENÍ:

(Datum vystavení faktury)

ČÍSLO FAKTURY:

(*) Nehodící se škrtněte

DŮVOD VRÁCENÍ ZBOŽÍ (zboží může být vráceno i bez uvedení důvodu):

Datum: _____	Podpis spotřebitele/spotřebitelů: _____
---------------------	--