

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Συμπληρώστε & επιστρέψτε το παρόν έντυπο **μόνον εάν επιθυμείτε να υπαναχωρήσετε από την σύμβαση.**

Προς την εταιρία με την επωνυμία «momedical», με έδρα στο Αγρίνιο, οδός Εθνικής Αντιστάσεως 42-46, τηλέφωνο 2641552218, e-mail: info@momedical.gr

Σας γνωστοποιώ με την παρούσα ότι υπαναχωρώ από την σύμβαση εξ αποστάσεως πώλησης των ακόλουθων αγαθών:

Αριθμός παραγγελίας:				
A/A	Κωδικός	Περιγραφή	Serial Number	Τεμάχια

Που παραλήφθηκε στις(ημερομηνία)

Όνομα και Επώνυμο πελάτη:.....

Διεύθυνση καταναλωτή:.....

Υπογραφή καταναλωτή.....

Ημερομηνία:.....