



MED-PONT

Nyilatkozat elálláshoz

Címzett: Thuasne Hungary Kft.

(cím: 1117 Budapest, Budafoki út 60., e-mail: medpont@med-pont.hu)

Alulírott/ak kijelentem/kijelentjük, hogy gyakorlom/gyakoroljuk elállási/felmondási jogomat/jogunkat az alábbi termék/ek adásvételére vagy az alábbi szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés tekintetében:

.....
.....

Szerződéskötés időpontja/átvétel időpontja:

A fogyasztó(k) neve:

A fogyasztó(k) címe:

A vételárat az alábbi bankszámlaszámra kérem visszautalni (abban az esetben töltsé ki, ha szeretné, hogy a vételárat banki átutalással fizessük vissza):

.....
.....

A fogyasztó(k) aláírása: (kizárólag papíron tett nyilatkozat esetén)

.....

Kelt: