

OTC Medical Kft.
6723 Szeged, Gál u. 15. I/2.

Alulírott kijelentem, hogy gyakorlom elállási jogomat az alábbi termék/ek adásvételére irányuló szerződés tekintetében:

- 1.:
- 2.:
- 3.:
- 4.:
- 5.:
- 6.:
- 7.:

Szerződéskötés időpontja /átvétel időpontja:

A vásárló neve:

A vásárló címe:

A vásárló bankszámlaszáma:

A vásárló aláírása:

Kelt: