

**WZÓR FORMULARZA Odstąpienia od umowy  
o świadczenie usługi elektronicznej**

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy o świadczenie Usługi elektronicznej)

Sklep-Pharmaselect Sp. z o.o.  
ul. Sienkiewicza 22/209A  
60-818 Poznań  
[kontakt@sklep-pharmaselect.pl](mailto:kontakt@sklep-pharmaselect.pl)

Niniejszym informuję /my (\*) o moim /naszym (\*) o odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej Usługi elektronicznej:

(Nazwa usługi elektronicznej):

.....

– Data zawarcia umowy: .....

– Imię i nazwisko Konsumenta/ -ów: .....

– Adres e-mail konsumenta/ -ów: .....

– Podpis konsumenta (-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej):

.....

– Data: .....

(\*) Niepotrzebne skreślić