

## Formularz odstąpienia od umowy

(W razie potrzeby odstąpienia od umowy prosimy o wypełnienie i odesłanie niniejszego formularza)

- Do

### **Croma Pharma sp. Z o.o.**

CROMA PHARMA Sp.z.o.o

ul. Puławska 381, 02-801 Warszawa

tel. +48 785 059 854

E-mail: [biuro@croma.pl](mailto:biuro@croma.pl)

NIP: 5223006077

REGON:146673600,

KRS 0000461457

Ja/my (\*) niniejszym odstępuję/odstępujemy (\*) od umowy zawartej przeze mnie / przez nas (\*) dotyczącej zakupu następujących towarów (\*) / realizacji następującej usługi (\*)

- Data zamówienia (\*) / otrzymania (\*)

- Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

- Adres konsumenta(-ów)

-Adres e-mail konsumenta (nazwa użytkownika klienta)

- Podpis konsumenta(-ów) (tylko w przypadku komunikacji w formie papierowej)

- Data

(\*) Niepotrzebne skreślić.