****

 ………………….., dnia ……………………….

**………………………………………….**

Imię i nazwisko Konsumenta

……………………………………………..

Adres Konsumenta

ERAMEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,

 z siedzibą we Włodawie Al. Piłsudskiego 5,

 22-200 Włodawa

NIP: 565-15-26-421

**Adres do zwrotu:**

Apteka Pomocna

ul. Krakowskie Przedmieście 23

20-002 Lublin

**OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY**

Na podstawie ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta odstępuję od umowy zawartej w dniu ………………………. na odległość bez podania przyczyny.

Odstąpienie dotyczy następującego towaru:
......................................................................................................................................
......................................................................................................................................
......................................................................................................................................
Data zawarcia umowy:.................................................
Data odbioru towaru: .................................................

Proszę o zwrot ceny towaru na konto ………………………………………………………

 ...................................................

 data i podpis konsumenta