

Formulář pro odstoupení od kupní smlouvy

**1.1 Prodávající:**

**CLINICAL s.r.o.,** se sídlem Praha 8 - Kobylisy, Na pěšinách 1879/42, PSČ 18200, IČ: 42937582, DIČ: CZ42937582, zapsané v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, spisová značka C, vložka 189217, tel.:  +420 737 268 358, email:  office@clinicalhair.cz

adresa pro doručování: **CLINICAL s.r.o.,** Na Pěšinách 42, 182 00 Praha 8

**1.2 Kupující:**

jméno a příjmení:

adresa:

tel.:

e-mail:

Oznamuji, že tímto odstupuji od kupní smlouvy ze dne ....................................................................

na koupi zboží (uveďte název zakoupeného zboží) .................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................
z objednávky č. ....................................................................................................................

Kupní cenu a případně další plnění požaduji uhradit na bankovní účet číslo: ....................................................................................................................................................

V ................................. dne ............................

Jméno, příjmení a podpis ................................................................................................