

## 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 .....