



CLINICAL  
HAIR & HEALTH

# 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.: +420 724 989 399, e-mail: [poptavky@clinicalhair.cz](mailto:poptavky@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** .....



[WWW.CLINICALHAIR.CZ](http://WWW.CLINICALHAIR.CZ)

Provozovatel: Clinical s.r.o., Na pěšinách 1879/42, 182 00, Praha 8