WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY
(ten formularz należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Adresat:
Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym
Zakład Aktywności Zawodowej im. Matki Bożej Fatimskiej
Stróże 622B, 33-331 Stróże
e-mail: [tu wpisz adres e-mail kontaktowy]

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy:

Nazwa produktu/towaru: .....
Data zamówienia: .....
Data odbioru: .....

Imię i nazwisko konsumenta: .....
Adres konsumenta:
.....
.....

Podpis konsumenta: .....
(tylko jeżeli formularz jest wysyłany w wersji papierowej)

Data: .....

Uwaga:
Odesłanie produktu należy zrealizować w ciągu 14 dni od dnia złożenia niniejszego oświadczenia.