

## **Formulář pro odstoupení od smlouvy dle nařízení vlády č. 363/2013 Sb.**

(Vyplňte tento formulář a pošlete jej zpět pouze v případě, že chcete odstoupit od smlouvy.)

### **Oznámení o odstoupení od smlouvy**

- Adresát: MAPO medical s.r.o., Olomoucká 3896/114, 796 01 Prostějov, e-mail: [info@mapomedical.cz](mailto:info@mapomedical.cz)

- Oznamuji/oznamujeme (\*), že tímto odstupuji/odstupujeme (\*) od smlouvy o nákupu tohoto zboží (\*)/o poskytnutí těchto služeb (\*)

- Datum objednání (\*)/datum obdržení (\*)

- Jméno a příjmení spotřebitele/spotřebitelů

- Adresa spotřebitele/spotřebitelů

- Podpis spotřebitele/spotřebitelů (pouze pokud je tento formulář zasílán v listinné podobě)

- Datum

**(\*) Nehodící se škrtněte**