

PRÍLOHA Č. 2 - FORMULÁR PRR ODSTÚPENIE OD ZMLUVY

**Adresát: ISP MEDIKO s.r.o., Švabinského 3435/13, 851 01
Bratislava-mestská časť Petržalka**

Týmto vyhlasujem, že v súlade so zákonom č. 102/2014 Z. z. o ochrane spotrebiteľa pri predaji tovaru alebo poskytovaní služieb na základe zmluvy uzavretej na diaľku alebo zmluvy uzavretej mimo prevádzkových priestorov predávajúceho a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zákon o ochrane spotrebiteľa pri predaji na diaľku“) odstupujem od Zmluvy:

Titul, meno a priezvisko:

Adresa:

E-mailová adresa:

Číslo objednávky a faktúry:

Dátum objednania:

Dátum prevzatia tovaru:

Tovar, ktorý vraciam (názov a kód):

Dôvod vrátenia tovaru:

Spôsob pre vrátenie prijatých finančných prostriedkov:

Prajem si vrátiť peniaze na bankový účet (IBAN)/iným spôsobom:

Upozornenie pre spotrebiteľa: Predávajúci je podľa § 10 ods. 4 Zákon o ochrane spotrebiteľa pri predaji na diaľku oprávnený požadovať od spotrebiteľa preplatenie zníženia hodnoty tovaru, ktoré vzniklo v dôsledku takého zaobchádzania s tovarom, ktoré je nad rámec zaobchádzania potrebného na zistenie vlastnosti a funkčnosti tovaru.

Dátum:

Podpis: