

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΞ ΑΠΟΣΤΑΣΕΩΣ

(συμπληρώστε και επιστρέψτε το παρόν έντυπο μόνο εάν επιθυμείτε να υπαναχωρήσετε από τη σύμβαση)

ΠΡΟΣ: Την ομόρρυθμη εταιρεία με την επωνυμία «ΣΥΣΤΕΓΑΣΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΣΟΦΙΑ Δ. ΠΙΤΣΑΚΗ ΚΑΙ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ-ΜΑΡΙΑ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΟΜΟΡΡΥΘΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ», το διακριτικό τίτλο «ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ONECARE.GR», έδρα στο Κορωπί Αττικής (Ελλάδα), επί της Λεωφ. Βασ. Κωνσταντίνου αρ. 294, (τηλ: 210-2205550, email care@onecare.gr):

Εγώ, ο/η υπογράφων/-ουσα, (Όνομα) (Επώνυμο) του, κάτοικος(Οδός/Αριθμός) (ΤΚ)(Πόλη), τηλέφωνο, fax....., e-mail, δηλώνω και γνωστοποιώ με την παρούσα ότι υπαναχωρώ αναίτιολογήτως από τη σύμβασή μου πώλησης του/των ακόλουθου/ων αγαθού/ών:

— Που παραγγέλθηκε/-αν στις και παρελήφθη/-σαν στις

Επίσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Ασκώ το σχετικό δικαίωμα αναίτιολόγητης υπαναχώρησης και επιστροφής των προϊόντων εντός δεκατεσσάρων (14) ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή τους.

- Ότι τα προϊόντα και η συσκευασία τους βρίσκονται στην αρχική τους κατάσταση και δεν έχουν αποσυσκευασθεί, χρησιμοποιηθεί, ή υποστεί οποιαδήποτε φθορά ή ζημία.

Ημερομηνία:// 201...

Επιθυμώ την επιστροφή των καταβληθέντων χρημάτων σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στους Όρους Χρήσης με αντιλογισμό στην πιστωτική μου κάρτα/καταβολή στον υπ' αρ (IBAN) τραπεζικό λογαριασμό που τηρώ στην Τράπεζα

Ο/Η Δηλών/ούσα και

Υπαναχωρών/ούσα)*

(Υπογραφή)