

**Έντυπο υπαναχώρησης
(ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ Β΄ ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Ν. 2251/94)**

Συμπληρώστε και επιστρέψτε το παρόν έντυπο μόνο εάν επιθυμείτε να υπαναχωρήσετε από τη αγορά σας)

- Προς: **ΕΠΩΝΥΜΙΑ: ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΜΙΣΥΡΗ ΙΟΥΛΙΑ - dustyrose.gr**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΛΦΕΙΟΥΣΑ ΗΛΕΙΑΣ

- **Τ.Κ.: 27131**
- **ΔΗΜΟΣ: Δήμος Βόλακος**

E-mail: info@dustyrose.gr

- Γνωστοποιώ με την παρούσα ότι υπαναχωρώ από τη αγορά μου των ακόλουθων αγαθών

- Που παραγγέλθηκε(-αν) στις --/--/---- / που παρελήφθη(-σαν) στις --/--/----

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

- Συμπληρώστε
εδώ τα
ατομικά σας
στοιχεία

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

- **ΟΔΟΣ:**
- **Τ.Κ.:**
- **ΔΗΜΟΣ:**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (προαιρετικό):

E-mail (προαιρετικό):

- Υπογραφή καταναλωτή(-ών)

- Ημερομηνία --/--/---
