ZAŁĄCZNIK NR 1

**WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY**

(*formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy*)

Adresat:

ŻRYJ ZDROWO Sp. z o.o.

1. Piekary 24, 61-823 Poznań

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy**sprzedaży** następującej usługi:

1) ………….. – cena: …………..,

Numer zamówienia:

Data zawarcia umowy:

Imię i nazwisko konsumenta:

Adres konsumenta:

Zwrotu pieniędzy proszę dokonać na następujący rachunek bankowy: ………………………………………………………………………………....