……
Miejscowość, data

……

……

……
Imię i nazwisko konsumenta(-ów)
Adres konsumenta(-ów)

Spółdzielnia Inwalidów ZGODA
ul. 8 Marca 1
95-050 Konstantynów Łódzki

Zwrot towaru

Ja/My (*)…….……niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym(*) odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy i zwracamy następujący towar(*)

……..……..

Proszę o zwrot środków na rachunek bankowy:

Data odbioru towaru……..…….

Do przesyłki załączam dowód zakupu o numerze ……

……
Podpis konsumenta(-ów)

(*) Niepotrzebne skreślić