



OperCare Group Sp. z o.o.  
 ul. Twarda 18  
 00-105 Warszawa

....., dnia .....

email: sklep@dentalforce.pl  
 tel.: +48 664 748 209

**Imię:**

**Kod pocztowy:**

**Nazwisko:**

**Miejscowość**

**Ulica:**

**Adres e-mail:**

## Formularz odstąpienia od umowy

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

**Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy sprzedaży produktów:**

1. ....

2. ....

**Data zawarcia umowy**

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Numer zamówienia** .....

Jeżeli dokonałeś płatności za pobraniem lub przelewem bankowym, uzupełnij nr konta, na który zostaną zwrócone środki.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Numer konta bankowego musi składać się z 26 cyfr, proszę dokładnie sprawdzić wpisany numer.
- W przypadku dokonania płatności przez system PayU/PayPal/Allegro zwrot zostanie dokonany za pośrednictwem tych serwisów.

Jeśli prowadzisz jednoosobową działalność gospodarczą oraz nabyłeś produkt w ramach umowy sprzedaży bezpośrednio związanej z Twoją działalnością gospodarczą, zaznacz właściwą odpowiedź:

- Oświadczam, że umowa sprzedaży NIE MA dla mnie charakteru zawodowego, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.
- Oświadczam, że umowa sprzedaży MA dla mnie charakteru zawodowego, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.

**Adres do zwrotu:**

**DentalForce - dział zwrotów**  
 Okocim, ul. Św. Jana 71,  
 32-800 Brzesko

.....  
 podpis