**VZOROVÝ FORMULÁŘ PRO ODSTOUPENÍ OD SMLOUVY**

Tento formulář můžete využít pro odstoupení od kupní smlouvy ve smyslu ust. § 1829 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, pro kupní smlouvy uzavřené při použití prostředků komunikace na dálku (distančním způsobem).

Vyplňte tento formulář a pošlete jej zpět pouze v případě, že chcete odstoupit od smlouvy.

**Oznámení o odstoupení od smlouvy**

Adresát:

THE CLINIC MEDICAL s.r.o.

Na Florenci 2116/15

Nové Město

110 00 Praha 1

Oznamuji, že tímto odstupuji od kupní smlouvy o nákupu tohoto zboží:

|  |  |
| --- | --- |
| **Číslo daňového dokladu:** |  |
| **Datum převzetí zboží:** |  |
| **Jméno a příjmení spotřebitele:** |  |
| **Adresa spotřebitele:** |  |
| **Číslo účtu spotřebitele:** |  |
| **Datum a podpis:** |  |