

PŘÍLOHA Č. 2 - FORMULÁŘ PRO ODSTOUPENÍ OD SMLOUVY

Adresát: PharmaPort s.r.o., Krylovecká 1105/1, Praha 9 198 00

Tímto prohlašuji, že odstupuji od Smlouvy:

Datum uzavření Smlouvy:	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
E-mailová adresa:	
Specifikace Služby, které se Smlouva týká:	
Způsob pro navrácení obdržených finančních prostředků, případně uvedení čísla bankovního účtu:	

Je-li kupující spotřebitelem má právo v případě, že objednal služby prostřednictvím inzertního portálu společnosti PharmaPort s.r.o. („**Společnost**“) nebo jiného prostředku komunikace na dálku, mimo případy uvedené v § 1837 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů odstoupit od již uzavřené kupní smlouvy do 14 dnů ode dne uzavření smlouvy.

Toto odstoupení oznámí kupující Společnosti písemně na adresu provozovny Společnosti nebo elektronicky na e-mail uvedený na vzorovém formuláři.

Odstoupí-li kupující, který je spotřebitelem, od smlouvy, vrátí mu Společnost bez zbytečného odkladu, nejpozději do 14 dnů od odstoupení od smlouvy, všechny peněžní prostředky (cena sjednaných služeb) včetně.

Datum:

Podpis: