



Ι. Δ. ΚΟΥΚΟΥΖΕΛΗ & ΣΙΑ Ο.Ε

Θουκυδίδου, αριθ. 18, ΤΚ 38333 ΒΟΛΟΣ

τηλ.24210 31690, fax: 24210 31690

email: info@kkpharmacy.gr

ΑΦΜ : 08104545286, Δ.Ο.Υ. ΒΟΛΟΥ

Γ.Ε.Μ.Η: 122329244000

Συμπληρώστε και επιστρέψτε το παρόν έντυπο μόνο εάν επιθυμείτε να υπαναχωρήσετε από τη σύμβαση

- Γνωστοποιώ με την παρούσα ότι υπαναχωρώ από τη σύμβασή μου πώλησης των ακόλουθων αγαθών

1.

2.

3.

4.

- Που παραγγέλθηκε(-αν) στις --/--/---- (**) / και παρελήφθη(-σαν) στις --/--/----(**), με αριθμό απόδειξης/τιμολογίου (*) ----- και αριθμό παραγγελίας -----

- Συμπληρώστε
εδώ τα
ατομικά σας
στοιχεία

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

- **ΟΔΟΣ:**

- **Τ.Κ.:**

- **ΔΗΜΟΣ:**

ΑΦΜ

Δ.Ο.Υ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (προαιρετικό):

E-mail (προαιρετικό):

- Υπογραφή καταναλωτή

- Ημερομηνία --/--/---

(*) Διαγράφεται η περιττή ένδειξη.

(**) Συμπληρώνονται τα κενά