

**Δ. ΚΑΨΑΛΑΣ & ΣΙΑ Ο.Ε. - "K&K PHARMACY"**

Θουκυδίδου, αριθ. 18Α, ΤΚ 38333 ΒΟΛΟΣ

τηλ.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 -----

ΕΠΩΝΥΜΟ:**ΟΝΟΜΑ:****ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:**• **ΟΔΟΣ:**• **Τ.Κ.:**• **ΔΗΜΟΣ:****ΑΦΜ****Δ.Ο.Υ****ΤΗΛΕΦΩΝΟ (προαιρετικό):****E-mail (προαιρετικό):**

- Συμπληρώστε
εδώ τα
ατομικά σας
στοιχεία

- Υπογραφή καταναλωτή

- Ημερομηνία --/--/---

(*) Διαγράφεται η περιττή ένδειξη.

(**) Συμπληρώνονται τα κενά