**Załącznik nr 1 - Wzór formularza odstąpienia od umowy**

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

– Adresat: SYNAPSA MED sp. z o.o. z siedzibą w Jelczu-Laskowicach, ul. Wrocławska 7, 55-220 Jelcz-Laskowice, REGON 022079680, NIP 8971787892, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego – Rejestr Przedsiębiorców pod numerem 0000451243, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Fabrycznej we Wrocławiu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, kapitał zakładowy w wysokości 5000 zł (zwana dalej Synapsa)., e-mail: zwroty@synapsa-med.pl

– Ja/My(\*) niniejszym informuję/informujemy(\*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży

następujących rzeczy(\*) umowy dostawy następujących rzeczy(\*) umowy o dzieło polegającej na

wykonaniu następujących rzeczy(\*)/o świadczenie następującej usługi(\*).

– Data zawarcia umowy(\*)/odbioru(\*):……………………………………………..

– Imię i nazwisko konsumenta(-ów): ……………………………………………………………….

– Adres konsumenta(-ów):…………………………………………………..

– Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

– Data:

(\*) Niepotrzebne skreślić.