Formulář pro odstoupení od smlouvy do 14 dnů

Bylo něco jinak, než jste si představovali?

Pokud chcete od smlouvy odstoupit, sdělte nám prosím následující údaje:

Číslo objednávky: ..... Jméno a příjmení kupujícího / Firma: .....

Který produkt nám vracíte?

.....

Co je důvodem vrácení zboží zpět k nám?

- ☐ Nesedí mi velikost
- ☐ Zboží mi nevyhovuje
- ☐ Zboží je poškozeno
- ☐ Jiný důvod .....

V jakém stavu je produkt, který nám vracíte?

- ☐ Použitý
- ☐ Nepoužitý (nerozbalené originální balení)
- ☐ Otevřený (rozbalený a nepoužitý)

Jaký způsob řešení preferujete?

- ☐ Výměna za jiný produkt/y (název, cena) ……
  ……
  ……
  ……
- ☐ Vrácení kupní ceny na účet číslo: …… kód banky: ……

Doplňující informace:

Zboží zašlete na adresu:

Czech Healthcare s.r.o.
Za Farou 49
66441 Troubsko

Děkujeme Vám za poskytnuté informace!

Vše pro Vás vyřídíme co nejdříve a brzy se Vám ozveme.