

# Odstoupení od smlouvy



Číslo objednávky/rezervace: .....

**Objednávku Vám expedoval sklad (zaškrtněte/zakřížkujte):**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. Max lékárna, e-shop<br>K Vypichu 497<br>252 16 Nučice<br>Adresa platí pro objednávky začínající:<br>56xxxxxxxx     | <input type="checkbox"/> Dr. Max lékárna, e-shop<br>Zaoralova 3149/10<br>628 00 Brno<br>Adresa platí pro objednávky začínající:<br>55xxxxxxxx<br>58xxxxxxxx<br>59xxxxxxxx | <input type="checkbox"/> Dr. Max lékárna, e-shop<br>F. V. Veselého 2720/13<br>193 00 Praha 9<br>Adresa platí pro objednávky začínající:<br>54xxxxxxxx |
| <input type="checkbox"/> Dr. Max lékárna, e-shop<br>Varenská 3309/50<br>702 00 Ostrava<br>Adresa platí pro objednávky začínající:<br>57xxxxxxxx |   |   |

**Rezervaci jsem si vyzvedl v lékárně na adrese:** .....

Kontaktní údaje prodávajícího: telefon 516 770 100, e-mail [info@drmax.cz](mailto:info@drmax.cz)

**Jméno zákazníka:** .....

**E-mail pro komunikaci ohledně stavu odstoupení:** .....

**Telefon:** .....

**Adresa:** .....

**Vrácené zboží:** .....  
.....  
.....  
.....

**Způsob vrácení finančních prostředků (vznikne-li nárok na vrácení):**

(Zakřížkujte)

- Poštovní poukázkou**
- Bankovní účet číslo:** .....

Finanční prostředky vracíme ze zákona stejným způsobem, jakým kupující zboží zaplatil. Na bankovní účet vracíme pouze tehdy, nelze-li finanční prostředky stejným způsobem vrátit.

Podpis zákazníka: .....  
(pouze pokud je tento formulář v listinné podobě)

Odstoupení přijal: .....

Razítko a podpis

Datum podpisu: .....

Datum přijetí odstoupení: .....