



ODSTOUPENÍ OD KUPNÍ SMLOUVY

DODAVATEL

**Petra Šebela Doležalová
U Lesíka 15
669 02 Znojmo**

ZÁKAZNÍK

Jméno a příjmení / Název společnosti	Číslo bankovního účtu
Ulice, číslo popisné	Město, PSČ
Telefon	E-mail

INFORMACE O VÝROBKU/ SLUŽBĚ

Číslo objednávky:	Datum objednávky:
Název výrobku / služby:	

Chci jednostranně odstoupit od smlouvy a žádám o vrácení
uhrazené částky za výrobek / službu.

Datum a podpis zákazníka