



FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Adresat: Instytut Mikrobiologii Sp. z o.o., ul. Sielska 10, 60-129 Poznań

Ja/My* niniejszym informuję/informujemy* o moim/naszym* odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi:

Data zawarcia umowy:

Imię i nazwisko konsumenta(-ów):

Adres konsumenta(-ów):

Podpis konsumenta(-ów):

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data:

*Niepotrzebne skreślić