

## Elállási nyilatkozat\*

**Címzett:** Excellence Med Kft (cím: 2184 Vácegres, Petőfi u. 40., e-mail: info@excellencemed.net)

Alulírott kijelentem, hogy gyakorlom az elállási/felmondási jogomat az alábbi termék/ek adásvételére vagy az alábbi szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés tekintetében:

.....  
.....

**Szerződéskötés időpontja /átvétel időpontja:** .....

**A fogyasztó neve:** .....

**A fogyasztó címe:** .....

A vételárat az alábbi bankszámlaszámra kérem visszautalni (abban az esetben töltsé ki, ha szeretné, hogy a vételárat banki átutalással fizessük vissza):

.....

A fogyasztó aláírása: (kizárólag papíron tett nyilatkozat esetén)

.....

Kelt.

\* készült A 45/2014. (II.26.) kormányrendelet 2. sz. melléklete szerinti nyilatkozatminta alapján

