

**Dr.Shoes cipőboltok**  
**Elállási nyilatkozat**

**Címzett:** Dr.Shoes cipőboltok., 4029 Debrecen, Csapó utca 26. (a FÓRUM mellett)

**Telefon:** +36 (52) 252 - 653 | **E-mail cím:** info@doctorshoes.hu

Ezúton tájékoztatom Önöket, hogy én ..... címem ..... telefonszámom ..... elálllok az adásvételi szerződéstől a következő termék(ek)kel kapcsolatban.

A rendelés száma ....., dátuma ....., kézhezvétel dátuma\*\* .....

Termé(ke)k (A csillaggal megjelölt adatokat kötelező megadni!)			
Cikkszám*	Méret*	Szín*	Elállás indoklása (Hibás, rossz szállítás, más terméket szeretnék stb.)

**A visszajáró összeget a következő módon kívánom megkapni:** (megfelelő aláhúzendó)

Készpénz formájában / Átutalással az alábbi számla adatokra

**Átutalásos visszafizetés esetén a következő adatokat adom meg:**

Számlatulajdonos neve: .....

Számlavezető bank neve: .....

Számlaszám: .....

Biztosítjuk, hogy harmadik félnek adatait nem adjuk ki, csak a visszafizetés céljából használjuk azokat.

Az ügyfél aláírása

Dátum

.....

.....