**ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ**

**(Συμπληρώστε και επιστρέψτε το παρόν έντυπο**

**μόνο εάν επιθυμείτε να υπαναχωρήσετε από τη σύμβαση)**

Προς Pellapharmacy, στην Ελλάδα, και συγκεκριμένα στο Νέο Μυλότοπο Γιαννιτσών, Τ.Κ. 58100, και τηλέφωνο 2382052210.

Εγώ, ο/η υπογράφων/ουσα, ……………………………. (Όνομα) ……………………………. (Επώνυμο) του ……………………………., κάτοικος ……………………………...…, (Οδός/ Αριθμός) …………………, (ΤΚ) ………………………….(Πόλη), τηλέφωνο ……………………………., Fax ……………………………., email ………………………………, δηλώνω και γνωστοποιώ με την παρούσα ότι υπαναχωρώ αναιτιολογήτως από την υπ’ αριθ…………………../…./…./20....(αριθμός απόδειξης) σύμβαση μεταξύ εμού και του ηλεκτρονικού καταστήματος πώλησης των ακόλουθων αγαθών, την οποία ματαιώνω. Επίσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

-Ασκώ το σχετικό δικαίωμα αναιτιολόγητης υπαναχώρησης και επιστροφής των προϊόντων εντός δεκατεσσάρων (14) ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή τους.

- Ότι τα προϊόντα και η συσκευασία τους βρίσκονται στην αρχική τους κατάσταση και δεν έχουν αποσυσκευαστεί, χρησιμοποιηθεί, ή υποστεί οποιαδήποτε φθορά ή ζημία.

Επιθυμώ την επιστροφή των χρημάτων που κατέβαλα ως τίμημα της πώλησης, σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στους Γενικούς Όρους Χρήσης στον παρακάτω λογαριασμό:

Τράπεζα:

Αρ. Λογαριασμού:

IBAN:

\*Σε περίπτωση κατάθεσης σε διαφορετική τράπεζα το έμβασμα το επιβαρύνεται ο Δικαιούχος (Πελάτης) και όχι ο Καταθέτης .

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους όρους που αφορούν στο δικαίωμα υπαναχώρησης και αντικατάστασης, παρακαλώ δείτε την ενότητα «Όροι Χρήσης» στον ιστότοπό μας

Ο/Η) Δηλών/ούσα και Υπαναχωρών/ούσα\*

 -------------------------------- (Υπογραφή)

\*υπογράφεται μόνο αν το παρόν έγγραφο κοινοποιηθεί σε χαρτί