**Nyilatkozat-minta elálláshoz**

Címzett: Vitaminsziget Kft.

Telephely és postai cím: 2040 Budaörs, Törökbálinti utca 42/B

E-mail: titkarsag@vitaminsziget.hu

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

Szerződéskötés időpontja /átvétel időpontja: …………………………………………………………

A fogyasztó(k) neve: …………………………………………………………………………………

A fogyasztó(k) címe: …………………………………………………………………………………

A vételárat az alábbi lehetőség egyikére kérem visszautalni:

bankszámlaszámra, amelyről kifizettem a megrendelésemet:  
…………………………………………………………………………………………………

vagy

bankszámlaszámra, amely nem egyezik meg a bankszámlaszámmal, amelyről kifizettem a megrendelésemet:  
…………………………………………………………………………………………………

A fogyasztó(k) aláírása: (kizárólag papíron tett nyilatkozat esetén)  
…………………………………………………………………………………

Kelt,