

Elállási / felmondási nyilatkozatminta

A 45/2014. (II. 26.) Korm. rendelet 2. melléklete szerint. Csak a szerződéstől való elállási vagy felmondási szándék esetén töltsd ki és küldd vissza.

Címzett

Imagine Health

1024 Budapest, Retek u. 21-27.

E-mail: info@imaginehealth.hu • Telefon: +36 70 516 1514

Nyilatkozat

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

Termék(ek) / szolgáltatás megnevezése:

Szerződéskötés időpontja / átvétel időpontja:

Megrendelés azonosítója:

A fogyasztó(k) neve:

A fogyasztó(k) címe:

A fogyasztó(k) e-mail címe:

Bankszámlaszám a visszatérítéshez:

A fogyasztó(k) aláírása: Kelt:

(kizárólag papíron tett nyilatkozat esetén)

Tudnivalók

- Az elállási határidő a termék átvételétől számított 14 nap. Több tételből álló megrendelésnél az utoljára átvett termék napjától számít.
- Az elállási jogot a határidőn belül elküldött nyilatkozattal lehet gyakorolni – ez a minta, e-mail, vagy a webshop online elállási űrlapja is megfelel.
- A terméket az elállás közlésétől számított 14 napon belül vissza kell juttatni. A visszaküldés közvetlen költsége a fogyasztót terheli.
- A vételárat legkésőbb az elállásról való tudomásszerzéstől számított 14 napon belül térítjük vissza, a termék visszaérkezéskéig azonban visszatarthatjuk.
- Nem illet meg elállási jog a kifejezetten a fogyasztó kérésére, egyedi igényei szerint előállított vagy személyre szabott termékek, valamint az egészségvédelmi vagy higiéniai okból lezárt, az átadás után felbontott termékek esetén.

Online elállási űrlap: <https://new.imaginehealth.hu/elallas-a-szerzodestol/>