

## **II. sz. Melléklet: Elállási/felmondási nyilatkozat minta**

Címzett:

Név (Cégnév):	Dental Professional Kft.
Székhely:	3529 Miskolc, Derkovits Gy. utca 46. 1/5.
Telefonszám:	0670/633-5293
E-mail:	info@dentalprofessional.hu

Alulírott/alulírottak\* kijelentem/kijelentjük\*, hogy gyakorlom/gyakoroljuk\* a 45/2014. (II.26.) Korm. rendeletből fakadó elállási/felmondási\* jogomat/jogunkat\* az alábbi termék/termékek\* adásvételére, vagy az alábbi szolgáltatás\* nyújtására irányuló szerződés tekintetében (termék vagy szolgáltatás leírása, meghatározása):

---

---

---

Szerződéskötés időpontja /átvétel\* időpontja: \_\_\_\_\_

A fogyasztó(k) neve: \_\_\_\_\_

A fogyasztó(k) címe: \_\_\_\_\_

A fogyasztó(k) e-mail címe: \_\_\_\_\_

A fogyasztó(k) aláírása: \_\_\_\_\_

(kizárólag papíron tett nyilatkozat esetén)

Kelt, \_\_\_\_\_,  
(hely) (időpont)

Magyarázatok:

Elállni termék adásvételétől, felmondani szolgáltatás nyújtását lehet.

\*-gal jelölt szövegrészek esetében aláhúzással jelölje a megfelelőt!