

FORMULARZ REZYGNACJI

Prosimy o czytelne wypełnienie poniższej tabeli i odesłanie pod adres:
rezygnacja@oficynamm.pl

Data zgłoszenia rezygnacji:	
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej rezygnację:	
Nazwa placówki:	
Adres Placówki ulica: kod: miejscowość:	
Nazwa produktu zgłaszanego do rezygnacji:	

Podpis osoby zgłaszającej rezygnację: