

**ATTEIKUMA TIESĪBU VEIDLAPA**  
(aizpildiet un nosūtiet šo veidlapu tikai tad, ja vēlaties atteikties no līguma)

Datums: 20\_\_ .gada \_\_ . \_\_\_\_\_

**PIRCĒJA (PATĒRĒTĀJA) DATI**

Pircēja vārds un uzvārds \_\_\_\_\_

Pircēja e-pasta adrese \_\_\_\_\_

Pircēja tālruņa numurs \_\_\_\_\_

Bankas konta numurs \_\_\_\_\_

Konta īpašnieka pilns vārds \_\_\_\_\_

**PASŪTĪJUMS**

Pasūtījuma numurs \_\_\_\_\_

Pirkumu apliecināošs dokuments \_\_\_\_\_

Preces saņemšanas datums \_\_\_\_\_

Paziņoju, ka vēlos atteikties no līguma, ko esmu noslēdzis par zemāk norādītās preces iegādi.

**ATGRIEŽAMĀ PRECE**

Nosaukums \_\_\_\_\_

Daudzums \_\_\_\_\_

**PRECES ATGRIEŠANAS IEMESLS**

(preces bojājumu gadījumā, lūdzam norādīt tos detalizēti)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lūdzu apmainīt preci pret tādu pašu vai līdzvērtīgu. Ja tas nav iespējams, tad atmaksāt naudu.

Lūdzu atmaksāt par preci samaksāto naudu uz manu norādīto bankas kontu.

Ar parakstu apliecinu, ka informāciju norādīju pareizi, esmu iepazinies/-usies ar visiem [www.sanistal.lv](http://www.sanistal.lv) interneta veikala preču atgriešanas noteikumiem un piekritu tiem.

Paraksts: \_\_\_\_\_

Aizpildītu atteikuma tiesību veidlapu kopā ar pirkumu apliecināoša dokumenta kopiju lūdzam nosūtīt uz SIA „Sanistal” adresi Tīraines iela 9 ielā, Rīgā, LV-1058. Saņemto preci 14 dienu laikā lūdzam nosūtīt vai nogādāt jebkurā SIA „Sanistal” filiālē.

Tīraines iela 9, Rīga, LV-1058  
+371 67 018 600  
[sanistal@sanistal.lv](mailto:sanistal@sanistal.lv)

AS "Citadele banka"  
SWIFT kods: PARXLV22  
Konta numurs: LV02PARX0012672460003

Rīga	Ganību dambis 17a
Rīga	Kapseļu iela 15
Daugavpils	Jelgavas iela 1
Jelgava	Ruļļu iela 4
Kuldīga	Virkas iela 19
Liepāja	Jaunā iela 52/54
Valmiera	Mūrmuižas iela 7
Ventspils	Fabrikas iela 3a

**Sanistal**   
[www.sanistal.lv](http://www.sanistal.lv)