

Załącznik nr 1 – Formularz odstąpienia od umowy

.....
Miejscowość, data

Adresat:

Medopsi Sp. z o.o.
ul. Kaszubska 13
40-731 Katowice
epsychiatria@medopsi.pl

Dane konsumenta:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:
Telefon:
E-mail:

Szczegóły umowy (rodzaj usługi, numer zamówienia, ID rezerwacji):

.....

Data zawarcia umowy:

.....

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa

Na podstawie ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (art. 27) odstępuję od umowy o świadczenie usługi medycznej zawartej w dniuna odległość bez podania przyczyny.

Proszę o zwrot opłaty za usługę na nr rach..... /
w sposób, w jaki dokonano płatności za towar.*

.....
Podpis konsumenta

**skreślić w przypadku wpisaniu numeru rachunku*