

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy

KLIENT INDYWIDUALNY

Miejscowość:, data:r.

S7HEALTH Sp. z o.o.
pl. Orłąt Lwowskich 20D
53-605 Wrocław

Imię:

Nazwisko:

Adres:

.....

PESEL:

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy

Ja, niżej podpisany oświadczam, że odstępuję od umowy „Opieka Medyczna S7HEALTH dla Klienta Indywidualnego” zawartej w dniu:

Termin do odstąpienia od umowy wygasa po upływie 14 dni od dnia zawarcia umowy.

Numer rachunku bankowego do zwrotu wpłaconych środków, w przypadku przyjęcia odstąpienia:

.....

Czytelny podpis:



tel. 71 342 88 41
faks 71 342 88 40



S7HEALTH Sp. z o.o.
pl. Orłąt Lwowskich 20D
53-605 Wrocław



sekretariat@s7health.pl
www.s7health.pl