Oświadczenie o odstąpieniu od umowy

KLIENT INDYWIDUALNY

Miejscowość: ....., data: .....r.

S7HEALTH Sp. z o. o.
Ul. Dyrekcyjna 1/142
50-528 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: .....