Załącznik nr 1 do Regulaminu świadczenia usług medycznych

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Adresat:
Wizdom24 sp. z o.o.
ul. Aleksandra Prystora 4/54
02-497 Warszawa
e-mail: kontakt@wizyty24.pl

Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi:

.....

.....

Data zawarcia umowy: .....

Imię i nazwisko konsumenta(-ów): .....

Adres konsumenta(-ów): .....

.....

Data: .....

……
Podpis konsumenta(-ów)
(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

(*) Niepotrzebne skreślić.

Wypełniony formularz można przesłać wiadomością e-mail (np. jako skan lub zdjęcie) na adres kontakt@wizyty24.pl albo pocztą na adres Spółki.