

Załącznik nr 1

Wzór formularza odstąpienia od umowy

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

Adresat:

doktor-24 Paweł Skoczylas

ul. Obywatelska 106B lok. 49

94-104 Łódź

e-mail: kontakt@doktor-24.com.pl

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi medycznej:

- nazwa usługi (np. usługa medyczna 50)
- data zawarcia umowy (data płatności)
- imię i nazwisko Użytkownika
- adres zamieszkania Użytkownika
- adres e-mail Użytkownika

.....

Podpis Użytkownika

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....

Miejscowość, data