

Załącznik nr 1
Oświadczenie o odstąpieniu od umowy

Adresat:

Centrum Medyczne Puławska z o.o.

ul. Puławska 49

05-500 Piaseczno

bok@cmp.med.pl

Ja, niniejszym informuję, że odstępuję od umowy o świadczeniu następującej usługi:

.....
(proszę podać nazwę usługi medycznej bądź pakiet)

Dodatkowe informacje:

Data zawarcia umowy:

Imię i nazwisko Konsumenta

Numer rachunku bankowego, na który ma być dokonany zwrot:

.....

Data:

Podpis Konsumenta:

.....

(jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)