

Wzór formularza odstąpienia od umowy

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

- Adresat: Mapa Zdrowia Andrzej Prokopiuk, w Warszawie, przy ul. Jeździeckiej 20 lok. 6, 05-077 Warszawa, adres mailowy: biuro@mapazdrowia.pl, Telefon: 22 297-00-09.
- Ja/My^(*) niniejszym informuję/informujemy^(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy^(*) umowy dostawy następujących rzeczy^(*) umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy^(*)/o świadczenie następującej usługi^(*)
- Data zawarcia umowy^(*)/odbioru^(*)
- Imię i nazwisko konsumenta(-ów)
- Adres konsumenta(-ów)
- Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)
- Data

^(*) Niepotrzebne skreślić.