

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. Jana Pawła II 150, 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.