



MEDICOVER

WNIOSEK O MODYFIKACJĘ

ZAMÓWIENIA NUMER

Adresat:

MediStore

Medicover Sp. z o.o.

Al. Jerozolimskie 96

00-807 Warszawa

Fax: 48 22 597 70 79

Email: e-dok@medicover.pl

Ja/My(*)

niniejszym proszę o modyfikację umowy sprzedaży następujących rzeczy/umowy dostawy

następujących rzeczy/umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy/o

świadczeniu następującej usługi(*)

..... (proszę podać numer zamówienia lub nazwę usługi).

Dodatkowe informacje:

Data zawarcia umowy/odbioru(*):

Imię i nazwisko Konsumenta(-ów):

.....
.....

Adres Konsumenta(-ów):

.....
.....

Opis modyfikacji:

.....
.....

.....
Data

.....
Podpis Konsumenta(-ów)
(jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

(*) Niepotrzebne skreślić.