MEDICOVER

ZAŁĄCZNIK NR 2
FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat:
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 informuję/informujemy(*) o moim/naszym(*) odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi(*) _____ (proszę podać numer zamówienia lub nazwę usługi).

Dodatkowe informacje:

Data zawarcia umowy/odbioru (*):

Imię i nazwisko Konsumenta(-ów):

.....
.....

Adres Konsumenta(-ów):

.....
.....

Numer rachunku bankowego,
na który ma być dokonany zwrot:

Data

Podpis Konsumenta(-ów)

(jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

(*) Niepotrzebne skreślić.

0370.0033.V.20160302