

WZÓR FORMULARZA ODSZKADNIENIA OD UMOWY

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

DEKO ZDROWIA Anna Kołaczekiewicz

ul. Warszawska 157/Klatka 1, 25-547 Kielce

adres e-mail: kontakt@deko-zdrowia.pl

- Ja/My(*)

niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi(*) / o dostarczenie treści cyfrowych w postaci(*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
..... - Data zawarcia umowy(*)

- Imię i nazwisko Konsumenta(-ów) / Przedsiębiorcy(-ów) uprzywilejowanego(-ych):

.....
.....
.....

- Adres Konsumenta(-ów) / Przedsiębiorcy(-ów) uprzywilejowanego(-ych):

.....

Podpis Konsumenta(-ów) / Przedsiębiorcy(-ów) uprzywilejowanego(-ych)

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data

(*) Niepotrzebne skreślić