

# Wzór Formularza odstąpienia od umowy

(Formularz ten należy wypełnić i przesłać do Kliniki Cud-Med tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Do:

Ostrowieckie Centrum Medyczne S.C.  
Anna Olech-Cudzik, Krzysztof Cudzik

## OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY

Ja, .....

niniejszym odstępuję od umowy sprzedaży rzeczy/usługi .....

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

Z transakcji / zamówienia nr: .....

Środki należy zwrócić na rachunek bankowy nr: .....

.....

Data i podpis

### **Uwaga!**

Formularz ten wraz ze zwracanym towarem należy wysłać na adres:

Ostrowieckie Centrum Medyczne S.C.  
Anna Olech-Cudzik, Krzysztof Cudzik  
ul. Iłżecka 31A  
Ostrowiec Świętokrzyski  
27-400