

OŚWIADCZENIE O ODSZCZEPNIENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ Z DNIA: _____

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

DANE PACJENTA/KLIENTA

Imię i nazwisko:

Adres:

e-mail:

telefon komórkowy:

DANE ADRESATA

HEALTH & BEAUTY KOSMETOLOGIA SP. Z O.O

ul. Aleksandra Fredry 6F /LU5

e-mail: healthandbeauty.recepcja@gmail.com

DOWÓD ZAKUPU

Paragon z dnia _____

inny (proszę wskazać jaki):

NAZWA ŚWIADCZONEJ USŁUGI

1. Nazwa usługi:

2. Data jej wykonania:

OŚWIADCZENIE PACJENTA/KLIENTA

Proszę o zwrot kwoty: _____ zł (słownie: _____) przelewem na rachunek bankowy
o numerze:

Imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego:

Imię i nazwisko