
(Miejscowość, data)

St Vincent Medical Center sp. z o.o.
ul. Miła 6 lok. B
00 – 180 Warszawa

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość

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

Ja niżej podpisany/a,

(imię i nazwisko, adres zamieszkania),

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy/świadczenia następujący usług posprzedażowych:

Data odbioru rzeczy/zawarcia umowy:

Podpis konsumenta

Proszę o odesłanie zwracanych rzeczy pod adres:

St Vincent Medical Center sp. z o.o.

ul. Miła 6 lok. B

00 – 180 Warszawa