

**PRYWATNY GABINET LEKARSKI
GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY PIOTR
OLSZEWSKI**

Mędrak 73
34-114 Tłuczań
email: zielarstwolekarzolszewskipiotr@wp.pl
tel. +48 722 156 116

....., dnia

Imię i nazwisko konsumenta (-ów)

Adres konsumenta (-ów)

Formularz odstąpienia od umowy świadczenia usługi

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

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy świadczenia następującej usługi:

Nazwa usługi:

.....
.....

Data zawarcia umowy:

.....

Jeśli prowadzisz jednoosobową działalność gospodarczą oraz nabyłeś produkt w ramach umowy sprzedaży bezpośrednio związanej z Twoją działalnością gospodarczą, zaznacz właściwą odpowiedź:

☐ Oświadczam, że umowa sprzedaży NIE MA dla mnie charakteru zawodowego, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.

☐ Oświadczam, że umowa sprzedaży MA dla mnie charakter zawodowy, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.

Z poważaniem

.....