

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

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

DANE KLIENTA

Imię i nazwisko:

Adres:

E-mail:

Telefon komórkowy:

DANE ADRESATA

Marcelina Świącicka | DIETETYKA I KOSMETOLOGIA

ul. Powstańców Warszawskich 3

76-100 Sławno

e-mail: kontakt@marcelinaswiecicka.pl

DOWÓD ZAKUPU

☐ Paragon nr: _____

☐ Inny (proszę wskazać jaki): _____

NAZWA ŚWIADCZONEJ USŁUGI

1. Nazwa usługi:

2. Data zawarcia umowy:

OŚWIADCZENIE KLIENTA

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

Imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego:

Data, imię i nazwisko

