

Załącznik nr 2 – Wzór formularza odstąpienia od umowy

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy) **1. Adresat**

Szostak Clinic Sp. z o.o.
ul. Willowa 8/10 lok. 28

00-790 Warszawa

e-mail: kontakt@akopszostak.com

2. – Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy (*) umowy dostawy następujących rzeczy (*) umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy (*) /o świadczenie następującej usługi (*)

- Data zawarcia umowy (*)/odbioru (*)
- Imię i nazwisko konsumenta(-ów)
- Adres konsumenta(-ów)
- Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej) –
Data

(*) Niepotrzebne skreślić.