

Załącznik nr 3

WZÓR FORMULARZA ODSZKADNIENIA OD UMOWY

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

Adresat: Medezin Sp. z o. o. – ul. Zbąszyńskiej nr 3, 91-342 Łódź, nr telefonu 885 566 920, adres e-mail: phamily@medezin.pl

Ja niniejszym informuję o moim odstąpieniu od:

- umowy o świadczenie następującej Usługi [wskazać nazwę]

Data zawarcia umowy:

Imię i nazwisko konsumenta(-ów):

Adres konsumenta(-ów) lub adres e-mail:

Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej):

Data: