

_____, _____
Miejscowość Data

OŚWIADCZENIE O ODSZKODZENIU OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ

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

Dane Klienta:

(imię i nazwisko, adres, e-mail, telefon kontaktowy)

Adresat:

**M.CLINIC spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością
ul. Kwiatowa 3B/8, 64-920 Piła**

Dowód zakupu (*prosimy wskazać właściwe*):

☐ Paragon numer:

☐ Inny:

Numer Vouchera:

Przyczyny odstąpienia od umowy:

Żądanie Klienta:

Preferowany sposób poinformowania o sposobie rozpatrzenia reklamacji:

☐ Adres poczty elektronicznej (e-mail): _____

☐ SMS wysłany na numer telefonu: _____

☐ Inny: _____

Proszę o zwrot kwoty _____ zł (słownie: _____)

przelewem na rachunek bankowy o numerze:

XX

Imię i nazwisko posiadacza rachunku bankowego:

Data i czytelny podpis Klienta