

**&14.**

**ZAŁĄCZNIK NUMER 2 DO REGULAMINU - WZÓR FORMULARZA  
ODSTĄPIENIA**

**OD UMOWY (ZAŁĄCZNIK NUMER 2 DO USTAWY O PRAWACH  
KONSUMENTA)**

Wzór formularza odstąpienia od umowy osobny pilk (formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy) pocztą tradycyjną lub za pośrednictwem maila: pacjent@zwolnienia-lekarskie.pl

Adresat:

REVITAL.CLINIC sp. z o.o. sp. k.

ul. Chwarznieńska 198a 81-602 Gdynia

pacjent@zwolnienia-lekarskie.pl

Imię i nazwisko,

adres.....

.....  
.....  
.....  
.....

Miejscowość,

data.....

Ja .....

.....

niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi.....

.....  
.....

Podpis.....

.....