



Imię i nazwisko Pacjenta

Adres Pacjenta

Pesel Pacjenta

Numer telefonu

Adres e-mail Pacjenta

Ewentualnie numer zamówienia usługi

## **ODSTĄPIENIE OD UMOWY**

### **Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, iż odstępuję od umowy sprzedaży

..... (przedmiot sprzedaży) zawartej  
w ..... (miejscowość), w dniu .....

Proszę o zwrot ceny usługi na konto\* ..... / w sposób, w jaki dokonano płatności  
za usługę.\*

Podpis Pacjenta

.....

**W celu doskonalenia jakości naszych usług, prosimy o  
wskazanie powodu odstąpienia od umowy. \***

|   |  |
|---|--|
| Nie chcę podawać powodu   |  |
| Błędnie wskazany pacjent realizujący usługę                     |  |
| Choroba / niepojawienia się na wizycie                          |  |
| Zmiana lekarza wykonującego usługę na innego przez placówkę     |  |
| Zmiana placówki na inną / znalazł-am/em ciekawszą cenowo usługę |  |
| Błąd przy wyborze usługi - pomyłka                              |  |
| Podwójne opłacenie zamówienia                                   |  |
| Inny (opisz powód poniżej)                                      |  |