

ZAŁĄCZNIK nr 3 - WZÓR FORMULARZA ODSZKODOWANIA OD UMOWY W PRZYPADKU KONSUMENTA

Miejscowość, data:

Imię i nazwisko/firma:

Adres zamieszkania:

E-mail (o ile dostępny):

Numer telefonu (o ile dostępny):

Numer zamówienia:

Data odbioru zamówienia:

Dominika Czachor usługi medyczno-psychologiczne

NIP: 8141699130, kontakt@adhdpomojemu.pl

ul. Akacjowa 5, 36-100 Kolbuszowa

Oświadczenie

o odstąpieniu od umowy zawartej poza lokalem przedsiębiorstwa lub na odległość w przypadku Konsumenta

Niniejszym oświadczam, że odstępuję od umowy

nr zawartej dnia dotyczącej

następujących Treści cyfrowych lub Usług cyfrowych:

.....

.....

Proszę o zwrot kwoty zł (słownie

..... złotych) poprzez:

- przekaz pocztowy na adres
[wypełnić jeśli dotyczy],
- na rachunek bankowy o numerze:
..... [wypełnić jeśli dotyczy].

Data: _____

Podpis Konsumenta: _____