|  |  |
| --- | --- |
| **RELAX-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**ul. Piasta 2144-200 Rybnikemail: info@ortomedico.pltel.: +48 32 348 82 52 | ....................................., dnia ..................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko konsumenta (-ów)**: | ....................................................................................................................... |
| **Adres konsumenta (-ów)** | ....................................................................................................................... |

**Formularz odstąpienia od umowy świadczenia usługi**

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

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy świadczenia następującej usługi:

**Nazwa usługi:**

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

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

**Data zawarcia umowy:**

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

Oświadczam, że moje prawo odstąpienia dotyczy umowy, bezpośrednio związanej z moją działalnością gospodarczą, a z treści tej umowy wynika, że nie posiada ona dla mnie charakteru zawodowego, wynikającego w szczególności z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej. TAK | NIE

Z poważaniem

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