

WZÓR FORMULARZA ODSZTĄPIENIA OD UMOWY

dla Pacjenta będącego konsumentem, z którym umowa o świadczenie usługi teleopieki została zawarta poza
lokałem przedsiębiorstwa HRP Care lub na odległość

*(formularz ten należy wypełnić, podpisać i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy o świadczenie
usługi teleopieki zawartej poza lokalem przedsiębiorstwa HRP Care lub na odległość. Szczegóły dotyczące
realizacji prawa do odstąpienia określa treść umowy i Regulamin)*

OŚWIADCZENIE PACJENTA O ODSZTĄPIENIU OD UMOWY

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy o świadczenie usługi teleopieki zawartej ***poza lokalem
przedsiębiorstwa/ na odległość* z HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi.

Data zawarcia umowy: _____

Numer zamówienia (jeśli nadano): _____

Imię i nazwisko Pacjenta (konsumenta) _____

Adres korespondencyjny Pacjenta (konsumenta) _____

Adres e-mail Pacjenta (jeśli wskazano) _____

Data: _____

Podpis: _____

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

****** proszę wskazać tryb w jakim zawarto umowę.