

Miejscowość, data

Imię i nazwisko:  
Adres zamieszkania:  
Tel. Kontaktowy:  
Adres mailowy:

Centrum Medyczne Św. Łukasza Sp. Z o.o. sp. kom.  
Ul. Narwicka 11a  
80 – 557 Gdańsk  
Tel. Kontaktowy: 538 460 916  
NIP: 957 – 107 – 44 – 33

### Oświadczenie o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość

Oświadczam, że zgodnie z treścią Rozdziału 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (j.t. Dz. U. 2019.134 z późn. zm.) odstępuję od umowy kupna następujących badań:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Nr dokumentu sprzedaży:.....

Data zakupu : .....

Data odbioru towaru: .....

Towar zakupiono na warunkach sprzedaży na odległość za cenę

.....

Proszę o zwrot należnej kwoty na konto o numerze:

.....

.....

Data i podpis