



**KSIĄŻECZKA
SANEPIDOWSKA.PL**

FORMULARZ ODSZTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat:

POST MEDICAL Sp. z o.o., Poczta 7, 41-710 Ruda Śląska, NIP: 6412565507
rejestracja@ksiazeczka-sanepidowska.pl

Ja niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi *:

- ☐ pakiet sanitarny: badania kału wraz z telekonsultacją
- ☐ telekonsultacja
- ☐ badanie kału

* zaznaczyć właściwe

Data zawarcia umowy:

Imię i nazwisko konsumenta:

Adres konsumenta:

Data odstąpienia od umowy:

.....
Podpis konsumenta

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)