

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Tadeusz Sowiński Dietetyk
os. Piastowskie 15/III/3
57-400 Nowa Ruda
NIP: 9721133888
kontakt@tadeuszsowinski.pl

.....
imię i nazwisko Konsumenta

.....

.....
adres

.....

e-mail

Niniejszym informuję o odstąpieniu od Umowy świadczenia usługi szkoleniowej zawartej w dniu i dotyczącej szkolenia/szkoleń:

1.
2.
3.
4.

Numer rachunku bankowego, na który ma zostać dokonany zwrot wpłaconych należności:

.....

Imię i nazwisko posiadacza wskazanego rachunku bankowego

.....
Data

.....
Podpis
(w przypadku przesyłania dokumentu w wersji papierowej)