

**WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY**  
**(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)**

Adresat:  
IM CLINIC Sp. z o.o.  
ul. Starogardzka 33  
80-180 Borkowo  
e-mail: rejestracja@imclinic.pl

Ja/My() *niniejszym informuję/informujemy()* o odstąpieniu od umowy dotyczącej następującego świadczenia / następującej rezerwacji wizyty / następującej płatności:

.....

Data zawarcia umowy / data dokonania płatności: (\*)

.....

Imię i nazwisko konsumenta:

.....

Adres konsumenta:

.....

Telefon kontaktowy / e-mail:

.....

Numer płatności / numer rezerwacji / numer linku płatniczego (jeżeli dotyczy):

.....

**Data, Podpis Pacjenta**

.....