

Odstoupení od smlouvy

Jméno a příjmení klienta:

Datum narození:

Bydliště:

E-mail pro komunikaci:

Telefon:

Adresa:

Oznamuji, že tímto odstupuji od smlouvy o členství v programu poskytovatele zdravotních služeb.

Způsob vrácení finančních prostředků (vznikne-li nárok na vrácení): (Zakřížkujte)

Poštovní poukázkou

Bankovní účet číslo:

Podpis klienta: (pouze pokud je tento formulář v listinné podobě)

Datum podpisu:

Kontaktní údaje poskytovatele:

Penta Clinic s.r.o.

Adresa: Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1 - Nové Město

telefon +420 790 100 777, e-mail info.florenc@pentahospitals.cz

Odstoupení přijal:

Datum přijetí odstoupení:

Razítko a podpis