

.....
.....
.....
(imię i nazwisko Klienta)

.....
.....
(adres Klienta do korespondencji)

.....
(numer telefonu/email do kontaktu)

Anlaya Medical Clinic & SPA

ul. Gen. Sikorskiego nr 57

05-410 Józefów

tel. (022) 610-38-00

email: kontakt@anlaya.pl

NIP 5321102244

UWAGA: formularz ten należy
wypełnić i odesłać tylko w przypadku
chęci odstąpienia od umowy

ODSTĄPIENIE OD UMOWY NA ODLEGŁOŚĆ

Oświadczam, że odstępuję od umowy sprzedaży na odległość, zawartej w dniu
..... i dotyczącej zakupu następującego towaru/ usługi
.....
za cenę

Wydanie/odbior towaru/ usługi nastąpił w dniu

Poniżej wskazuję dane do zwrotu ceny towaru/ usługi, który powinien nastąpić niezwłocznie,
nie później niż w terminie czternastu dni:

Nr konta bankowego:

Mam świadomość, że przekazane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane przez
Sprzedawcę w celach związanych z wykonaniem odstąpienia od umowy oraz spełnieniem
związanych z nim żądań i to na zasadach określonych w odpowiednich przepisach prawa.
Wiem, że przysługuje mi prawo do żądania od administratora danych dostępu do swoich
danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, lub sprzeciwu wobec
przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....
(imię, nazwisko i podpis Klienta,
jeśli formularz jest wysyłany w formie papierowej)