

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

LUX MED Sp. z o.o.
z siedzibą w Warszawie
ul. Szturmowej 2, 02-678 Warszawa
cc_profemed@luxmed.pl

Ja: (imię, nazwisko, PESEL, adres)
odstępuję od umowy: (nazwa/numer umowy)
zawartej w dniu: (data zawarcia umowy)
numer rachunku bankowego, na który ma zostać zwrócone wynagrodzenie, Opłata Ryczałtowa lub pierwsza jej część (o ile zostały uiszczone):	- - - - -
Właściciel rachunku: (imię, nazwisko)
dodatkowe informacje: (jeśli potrzeba)

.....

podpis

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....

data