**FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY**

**(prosimy o wydrukowanie i wypełnienie formularza w miejscach wykropkowanych)**

Imię i nazwisko Klienta:

.......................................................................................................................................................

Adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu):

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Dane kontaktowe (adres e-mail, telefon):

.......................................................................................................................................................

**Niniejszym oświadczam, iż:**

Na podstawie ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r., poz. 827) odstępuję od umowy sprzedaży zawartej z Piotrem Spychalskim, prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą Praktyka Lekarska lek. Piotr Spychalski, ul. Piecewska 10/17, 80 – 288 Gdańsk, posiadającym NIP 5891940048 oraz nr REGON 384260841.

Znane mi są warunki odstąpienia od umowy w tym trybie określone w regulaminie Serwisu oraz w wyżej wymienionej ustawie.

Numer dokumentu sprzedaży (paragonu lub faktury VAT): ........................................................

**Dotyczy Kursu:**

**………………………………………………………………………………………………….**

miejscowość i data podpis klienta ………………………………………………………………….