…………………………………. ……………………., ……………….

 *imię i nazwisko miejscowość, data*

………………………………….

 *adres*

………………………………….

 *adres*

**KONCEPT TOMASZ WALIGÓRA**

**NZOZ MĘSKIE ZDROWIE**

**ul. mjr. Pil. Jana Czernego 18 / 12**

**44 – 122 Gliwice**

**OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU
OD UMOWY ZAWARTEJ NA ODLEGŁOŚĆ[[1]](#footnote-1)**

**Niniejszym składam oświadczenie o odstąpieniu od zawartej na odległość niżej wskazanej Umowy:**

**DATA ZAWARCIA UMOWY[[2]](#footnote-2):**

………………………………………………………….……………………………………………...…

**PARAMETRY USŁUGI ZDROWOTNEJ[[3]](#footnote-3):**

1. Nazwa rodzaju Usługi Zdrowotnej:

…………………………………………………………………………………………………..

1. Określenie członka Personelu Medycznego, który ma realizować dany rodzaj Usługi Zdrowotnej na rzecz Użytkownika:

…………………………………………………………………………………………………...

1. Zgoda Użytkownika na realizację określonego rodzaju Usługi Zdrowotnej:

…………………………………………………………………………………………………...

1. Cena za dany rodzaj Usługi Zdrowotnej:

…………………………………………………………………………………………………...

1. Czas realizacji danego rodzaju Usługi Zdrowotnej na rzecz Użytkownika, tj. wskazanie daty i godziny lub przedziału czasowego realizacji Usługi (rozpoczęcia realizacji Usługi Zdrowotnej), z wyjątkiem Usługi Zdrowotnej E-konsultacja Lekarza:

…………………………………………………………………………………………………...

1. Metoda Kontaktu:

…………………………………………………………………………………………………...

1. Sposób i termin płatności Ceny za dany rodzaj Usługi Zdrowotnej:

…………………………………………………………………………………………………...

 ……………………………………….

 *Podpis Użytkownika[[4]](#footnote-4)*

1. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy zawartej na odległość może być złożone w terminie 14 dni od dnia zawarcia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Datą zawarcia Umowy jest data ustalenia wszystkich Parametrów Usługi Zdrowotnej, co nastąpiło podczas rozmowy telefonicznej z Infolinią Usługodawcy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wskazać Parametry Usługi Zdrowotnej, jakie zostały uzgodnione podczas rozmowy telefonicznej
z Infolinią Usługodawcy i jakie znajdują się przesłanym do Państwa Potwierdzeniu Parametrów Usługi Zdrowotnej. Wskazanie Parametrów Usługi Zdrowotnej, o których mowa w pkt 3, 4, 6 i 7 nie jest konieczne. Wskazanie pozostałych Parametrów Usługi Zdrowotnej jest konieczne dla identyfikacji przez Usługodawcę Umowy, której dotyczy składane przez Użytkownika oświadczenie od odstąpieniu od umowy. [↑](#footnote-ref-3)
4. Dokument należy podpisać tylko w przypadku składania tego dokumentu w formie pisemnej wysyłanej
na adres Usługodawcy. [↑](#footnote-ref-4)