…………………………………. ……………………., ……………….

 *imię i nazwisko miejscowość, data*

………………………………….

 *adres*

………………………………….

 *adres*

**MK TRT SP. Z O.O.**

**NZOZ MĘSKIE ZDROWIE**

**ul. Młodych Patriotów 6 / 24**

**44 – 122 Gliwice**

**ROZWIĄZANIE UMOWY[[1]](#footnote-1)**

**Niniejszym rozwiązuję niżej wskazaną Umowę:**

**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. 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:

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

**PRZYCZYNA ROZWIĄZANIA UMOWY[[4]](#footnote-4):**

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

 ……………………………………….

 *Podpis Użytkownika[[5]](#footnote-5)*

1. Rozwiązanie Umowy nie stanowi odstąpienia od Umowy zawieranej na odległość i niniejszy formularz nie służy do tego celu. Użytkownik, który zawarł Umowę na odległość może w terminie 14 dni od dnia jej zawarcia odstąpić od Umowy nie będąc obciążonym przez Usługodawcę jakimikolwiek kosztami. Rozwiązanie Umowy przez Użytkownika bez ważnej przyczyny może skutkować obciążeniem Użytkownika przez Usługodawcę kosztami
w tym związanymi. [↑](#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 wymienionych w niniejszym formularzu rozwiązania Umowy Parametrów Usługi Zdrowotnej jest konieczne dla identyfikacji przez Usługodawcę Umowy, której dotyczy składane przez Użytkownika oświadczenie o rozwiązaniu Umowy. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy szczegółowo opisać przyczynę reklamacji przedstawiając dlaczego i w jakim zakresie Użytkownik kwestionuje Usługę lub inne okoliczności z nią związane. [↑](#footnote-ref-4)
5. Dokument należy podpisać tylko w przypadku składania tego dokumentu w formie pisemnej wysyłanej
na adres Usługodawcy. [↑](#footnote-ref-5)