Wrocław, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_

Clinic Finance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie

ul. Tużycka 8/6

03-683 Warszawa

MM Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu

ul. Strzegomska 236a

54-432 Wrocław

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU

Ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, oświadczam, iż odstępuję od umowy na zorganizowanie i sfinansowanie zabiegu, zawartej w dniu \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_