

.....dnia .....

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

(imię, nazwisko i adres Konsumenta)

**Adres do wysłania oświadczenia:**

Medica per Pedes.  
ul. Sikorskiego 51,  
34-400 Nowy Targ

**Oświadczenie o odstąpieniu od umowy**

Oświadczam, że odstępuję od umowy ....., zawartej w dniu ....., z Medica per Pedes z siedzibą w Nowym Targu.

Wyrażam zgodę na zwrot płatności w kwocie ..... zł

(słownie: ..... )

- przekazem pocztowym na adres

lub

- na konto

.....

.....

*podpis Konsumenta*

\*brak wskazania spowoduje zwrot płatności w taki sam sposób jakiego użył Konsument