

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

LUX MED Sp. z o.o.  
z siedzibą w Warszawie  
ul. Szturmowej 2, 02-678 Warszawa  
[Stomatologia.CallCenter@luxmed.pl](mailto:Stomatologia.CallCenter@luxmed.pl)

Ja:	..... (imię, nazwisko, PESEL, adres)
odstępuję od umowy:	..... (nazwa/numer umowy)
zawartej w dniu:	..... (data zawarcia umowy)
numer rachunku bankowego, na który ma zostać zwrócone wynagrodzenie, Opłata Ryczałtowa lub pierwsza jej część (o ile zostały uiszczone):	- - - - -
Właściciel rachunku:	..... (imię, nazwisko)
dodatkowe informacje:	..... (jeśli potrzeba)

.....

**podpis**

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....

**data**