

....., dnia .....

**FUNDACJA „W DRODZE PO ZDROWIE”**

ul. Jeziorowa 49M  
03-991 Warszawa  
email: kontakt@fundacjawdrodzepozdrowie.com  
tel.: +48 602 751 514

Imię i nazwisko konsumenta (-ów) .....

Adres konsumenta (-ów) .....

**Formularz odstąpienia od umowy świadczenia usługi**

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

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy świadczenia następującej usługi:

**Nazwa usługi:**

.....  
.....

Data zawarcia umowy:

.....

Jeśli prowadzisz jednoosobową działalność gospodarczą oraz nabyłeś produkt w ramach umowy sprzedaży bezpośrednio związanej z Twoją działalnością gospodarczą, zaznacz właściwą odpowiedź:

Oświadczam, że umowa sprzedaży NIE MA dla mnie charakteru zawodowego, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.

Oświadczam, że umowa sprzedaży MA dla mnie charakter zawodowy, który w szczególności wynika z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej.

Z poważaniem

.....