

FORMULÁŘ PRO ODSTOUPENÍ OD SMLOUVY

Adresát: Q CORP s.r.o.
Rybnická 132/126,
634 00 Brno,
Česká republika
E-mail: info@qcorp.cz
Telefon: +420 123 456 789

Odesílatel: Jméno a příjmení:

Adresa:

E-mail:

Telefon:

Oznámení o odstoupení od smlouvy

Dobrý den,

tímto oznamuji, že odstupuji od smlouvy uzavřené dne _____, a to v souladu s příslušnými ustanoveními občanského zákoníku.

Informace o smlouvě:

Druh služby: [Popište druh poskytované zdravotní služby]: _____

Důvod odstoupení:

V souladu s § 1829 odst. 1 občanského zákoníku (zákon č. 89/2012 Sb.) mám právo odstoupit od smlouvy ve lhůtě 14 dnů od uzavření smlouvy bez udání důvodu.

Datum a podpis:

Datum:

Podpis: _____

[Váš podpis – pokud je formulář zasílán poštou, podepište ručně]