

INFORMACJA O PRAWIE KLIENTA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Osoba, które zawarła Umowę z Centrum Niezależnego Orzecznictwa i Usług Medycznych, Tomasz Rosa z siedzibą w Gdańsku przy al. Zwycięstwa 48, 80-210 poza lokalem jego przedsiębiorstwa lub na odległość, a dla której zawarcie takiej Umowy nie stanowi czynności związanej bezpośrednio z jego działalnością gospodarczą lub zarobkową, może w terminie 14 dni odstąpić od niej bez podawania przyczyny i bez ponoszenia kosztów, poprzez złożenie stosownego oświadczenia. Odstąpienie może nastąpić na załączonym wzorze. Do zachowania tego terminu wystarczy wysłanie oświadczenia przed jego upływem przesyłką poleconą na adres Centrum Niezależnego Orzecznictwa i Usług Medycznych, Tomasz Rosa lub e-mail. W razie odstąpienia od Umowy, Umowa jest uważana za niezawartą, a osoba, która zawarła Umowę jest zwolniona z wszelkich zobowiązań.

Zwrotu płatności CNOiUM dokona przy użyciu takich samych sposobów płatności, jakie zostały przez Państwa użyte w pierwotnej transakcji, chyba że wyraźnie zgodziliście się Państwo na inne rozwiązanie; w każdym przypadku nie poniosą Państwo żadnych opłat w związku z tym zwrotem.

Jeżeli wyraziliście Państwo żądanie na rozpoczęcie wykonywania Umowy przed upływem 14 dni od jej zawarcia, to w razie Państwa odstąpienia od Umowy powstanie obowiązek zapłaty wynagrodzenia za świadczenia spełnione do chwili odstąpienia od Umowy. Kwotę zapłaty oblicza się proporcjonalnie do zakresu spełnionego świadczenia z uwzględnieniem uzgodnionego w Umowie wynagrodzenia. CNOiUM należy się również zwrot poniesionych kosztów.

W załączeniu: wzór formularza odstąpienia od umowy

Potwierdzam uzyskanie informacji o prawie odstąpienia od umowy i otrzymanie wzoru formularza odstąpienia od umowy.

.....
miejsowość data, czytelny podpis Klienta / opiekuna prawnego (imię, nazwisko)

(wypełnia CNOiUM/RO)

Własnoręczność podpisu Klienta stwierdzam na podstawie dokumentu tożsamości: nr

.....
podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie (CNOiUM/RO)

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY (formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

.....
miejsowość, dnia

.....
imię i nazwisko Konsumenta

.....
adres Konsumenta

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY

Adresat:
Centrum Niezależnego Orzecznictwa
i Usług Medycznych, Tomasz Rosa,
80-210 Gdańsk, al. Zwycięstwa 48
e-mail: cnoium@cnoium.pl

Niżej podpisana/y niniejszym informuję o odstąpieniu od Umowy na Wykonanie Opinii.

Data zawarcia Umowy: roku.

Wpłaconą zaliczkę proszę zwrócić:

-przelewem na nr rachunku:

-przekazem na adres pocztowy:

.....
data, czytelny podpis