

## Załącznik nr 1

### WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

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

Adresat: EPOLMED sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie  
ul. Stalowa 17,  
41-506 Chorzów,  
email: reklamacja@epolmed.pl

Ja/My<sup>(\*)</sup> niniejszym informuję/informujemy<sup>(\*)</sup> o moim/naszym odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi:<sup>(\*)</sup>

Data zawarcia umowy<sup>(\*)</sup>/odbioru:<sup>(\*)</sup>

Imię i nazwisko konsumenta(-ów):

Adres konsumenta(-ów):

---

Data

---

Podpis konsumenta(-ów)  
(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

<sup>(\*)</sup> Niepotrzebne skreślić.