

**FORMULARZ ODSTĄPIENIA
OD UMOWY SPRZEDAŻY PAKIETU USŁUG MEDYCZNYCH**

.....
(miejsowość i data)

Ja/My(*) niniejszym informuję/informujemy(*) o moim/naszym odstąpieniu od Umowy Sprzedaży Pakietu Usług Medycznych, zawartej w dniu.....z Aasa Polska S.A., ul. Hrubieszowska 2, 01-209 Warszawa.

Nazwa pakietu:

Dane klienta będącego konsumentem

Imię i nazwisko:

PESEL:

Oświadczam, że w przypadku odstąpienia od Umowy Sprzedaży Pakietu Usług Medycznych, wyrażam zgodę na zaliczenie kwoty uiszczonej zgodnie z tą Umową na poczet spłaty pożyczki, zawartej z Aasa Polska S.A.

.....
(Imię i nazwisko, czytelny podpis)