**VZOROVÝ FORMULÁŘ PRO ODSTOUPENÍ OD SMLOUVY**

Tento formulář můžete využít pro odstoupení od Smlouvy o poskytnutí poskytnutí o zprostředkování, organizaci a řízení služeb v PROGRAMU SKUTEČNÉ PÉČE ve smyslu ust. § 1829 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, pro smlouvy uzavřené při použití prostředků komunikace na dálku (distančním způsobem).

Vyplňte tento formulář a pošlete jej zpět pouze v případě, že chcete odstoupit od smlouvy.

***Oznámení o odstoupení od smlouvy***

*Adresát:*

*SKUTEČNÝ LÉKAŘ*

*Na Florenci 2116/1*

*110 00 Praha 1*

*Oznamuji, že tímto odstupuji od Smlouvy o poskytnutí o zprostředkování, organizaci a řízení služeb v PROGRAMU SKUTEČNÉ PÉČE……………ze dne……………..*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Číslo daňového dokladu:*** |  |
|  |  |
| ***Jméno a příjmení klienta:*** |  |
| ***Adresa klienta:*** |  |
| ***Číslo účtu klienta:*** |  |
| ***Datum a podpis klienta:*** |  |

**Poliklinika IPP s.r.o.** - Legerova 389/56, 120 00 Praha 2 - Česká republika

info@poliklinikaipp.cz / www.poliklinikaipp.cz / +420 241 241 241

IČO: 25057065 / DIČ: CZ699003488 Vedená u Městského soudu v Praze spisová značka C 45927/MSPH