

Příloha: Vzorový formulář pro odstoupení od smlouvy

Tento formulář je určen pouze pro případy, kdy má uživatel jako spotřebitel právo odstoupit od smlouvy podle čl. 18 těchto podmínek.

Položka	Údaj
Adresát	IG Health Benefit s.r.o., Karlovo náměstí 292/15, Nové Město, 120 00 Praha 2, e-mail: info@dentalcheck.cz
Služba	Oznamuji, že tímto odstupuji od smlouvy o poskytnutí následující služby:
Název služby	
Datum objednání / rezervace	
Číslo rezervace, je-li k dispozici	
Jméno a příjmení uživatele	
Adresa uživatele	
E-mail / telefon	
Datum	
Podpis, pokud je formulář zasílán v listinné podobě	