

Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy

KLIENT INDYWIDUALNY

Miejscowość:....., data: r.

S7HEALTH Sp. z o.o.
pl. Orłąt Lwowskich 20D
53-605 Wrocław

Imię:

Nazwisko:

Adres:

.....

PESEL:

Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy na czas nieokreślony

Ja, niżej podpisany oświadczam, że na podstawie §10 ust. 2 umowy „Opieka Medyczna S7HEALTH dla Klienta Indywidualnego” wypowiadam tę umowę ze skutkiem na dzień:

Czytelny podpis:



tel. 71 342 88 41
faks 71 342 88 40



S7HEALTH Sp. z o. o.
pl. Orłąt Lwowskich 20D
53-605 Wrocław



sekretariat@s7health.pl
www.s7health.pl