**Formulář pro odstoupení od Smlouvy**

**Adresát:** Lab In - Institut laboratorní medicíny, s.r.o., se sídlem Blahoslavova 18/5, Drahovice, 360 01 Karlovy Vary, IČO: 25230271, zapsaná v obchodním rejstříku pod sp. zn. C 10836 vedenou u Krajského soudu v Plzni, e-mail: potrebuji@labin.cz

**Tímto prohlašuji, že odstupuji od Smlouvy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum uzavření Smlouvy: |  |
| Jméno a příjmení: |  |
| Adresa: |  |
| E-mailová adresa: |  |
| Specifikace Služby, které se Smlouva týká: |  |
| Důvod odstoupení: |  |
| Způsob pro navrácení obdržených finančních prostředků, případně uvedení čísla bankovního účtu: |  |

Datum:

Podpis: