

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: