

FORMULARZ ZWROTU

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci zwrotu wpłaty)

Do:

Monika Korfanty REHAMAX

Ul. Pułaskiego 117, 33-380 Krynica Zdrój

NIP:7342694529

adres e-mail: biuro@rehamax.com.pl

Ja/My^(*) niniejszym proszę/simy o zwrot wpłaty za kurs:

.....

(wpisać nazwę kursu i datę kursu).

Data wpłaty :

Kwota wpłaty :

Imię i nazwisko konsumenta(-ów) :

Adres konsumenta(-ów) :

Kurs został opłacony/ dofinansowany przez :

Data wpłaty :

Kwota wpłaty :

.....

Podpis konsumenta(-ów)

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej).

Data.....

*Niepotrzebne skreślić