Odstąpienie   
od umowy świadczenia Konsultacji telemedycznej

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Odstępuję od *Umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych drogą elektroniczną – Konsultacji telemedycznych* zawartej **Telemedycyna Polska S.A.** za pośrednictwem Serwisu <https://www.medfile.pl/konsultacje-online>, dotyczącej:

Data i godzina Konsultacji telemedycznej: :……………………………………………………

Imię i nazwisko Pacjenta:………………………………………………………

Pesel Pacjenta:…………………………………………………………………

Adres Pacjenta:………………………………………………………………

Czytelny podpis Pacjenta:……………………………………

Data:………………………

Dostawca Konsultacji telemedycznej:

**Telemedycyna Polska S.A.**

* z siedzibą w Katowicach 40-568, ul. Ligocka 103,
* **e-mail:** info@telemedycynapolska.pl,