

Lux Med wypowiedzenie umowy

[Miejscowość], [data]

[Imię i nazwisko]

[Adres]

PESEL / numer pacjenta: [numer]

Numer umowy / pakietu: [numer]

Grupa LUX MED

[Adres korespondencyjny wskazany w umowie]

Wypowiedzenie umowy o opiekę medyczną

Niniejszym wypowiadam umowę o opiekę medyczną (pakiet [indywidualny]), nr [numer umowy], zawartą w dniu [data zawarcia], z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynikającego z umowy i regulaminu LUX MED, to jest [np. ze skutkiem na koniec miesiąca, z zachowaniem terminu 30 dni].

Jako podstawę wskazuję postanowienia łączącej nas umowy i regulaminu oraz art. 365(1) Kodeksu cywilnego, dotyczący wypowiedzenia zobowiązania o charakterze ciągłym zawartego na czas nieokreślony.

Proszę o pisemne potwierdzenie rozwiązania umowy oraz o rozliczenie ewentualnych nadpłat na rachunek [numer rachunku].

[Podpis]