

Medicover wypowiedzenie umowy

[Miejscowość], [data]

[Imię i nazwisko]

[Adres]

PESEL / numer klienta Medicover: [numer]

Numer umowy / pakietu: [numer]

Medicover Sp. z o.o.

Al. Jerozolimskie 96

00-807 Warszawa

Wypowiedzenie umowy o świadczenie usług medycznych

Niniejszym wypowiadam umowę o świadczenie usług medycznych (pakiet [indywidualny, np. z linii Zdrowie]), nr [numer umowy], zawartą w dniu [data zawarcia], z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynikającego z umowy oraz Ogólnych Warunków Świadczenia Usług (OWŚU) Medicover, to jest [np. ze skutkiem na koniec okresu rozliczeniowego].

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

Proszę o pisemne potwierdzenie rozwiązania umowy oraz o rozliczenie ewentualnej nadpłaty na rachunek [numer rachunku].

[Podpis]