

Wypowiedzenie umowy o świadczenie usług medycznych

[Miejscowość], [data]

[Imię i nazwisko]

[Adres]

PESEL: [PESEL]

Numer umowy / numer pacjenta: [numer]

[Nazwa podmiotu leczniczego]

[Adres do korespondencji wskazany w umowie]

WYPOWIEDZENIE UMOWY O ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH

Niniejszym wypowiadam umowę o świadczenie usług medycznych nr [numer umowy], zawartą w dniu [data zawarcia], obejmującą [zakres pakietu: pakiet indywidualny, rodzinny, opieka stomatologiczna].

Umowę wypowiadam z zachowaniem [okres wypowiedzenia] okresu wypowiedzenia wskazanego w [paragraf umowy albo regulaminu]. Umowa ulegnie rozwiązaniu z dniem [data].

Do umowy o świadczenie usług, która nie jest uregulowana innymi przepisami, stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu (art. 750 Kodeksu cywilnego w związku z art. 746 Kodeksu cywilnego).

[Jeżeli umowa obejmuje osoby współuprawnione: Wypowiedzenie obejmuje również osoby zgłoszone do pakietu: [imiona i nazwiska].]

Proszę o:

1. Pisemne potwierdzenie przyjęcia wypowiedzenia i wskazanie daty rozwiązania umowy.
2. Zaprzestanie pobierania abonamentu po dniu rozwiązania umowy oraz odwołanie zgody na obciążanie mojego rachunku.
3. Rozliczenie opłat i zwrot nadpłaty na rachunek nr [numer rachunku].
4. Potwierdzenie zakresu świadczeń przysługujących do dnia rozwiązania umowy.

[Podpis]

[Imię i nazwisko]