

Wypowiedzenie abonamentu medycznego

[Miejscowość], [data]

[Imię i nazwisko]

[Adres]

PESEL: [PESEL]

Numer karty pacjenta / numer abonamentu: [numer]

[Nazwa placówki albo operatora abonamentu]

[Adres do korespondencji]

WYPOWIEDZENIE UMOWY ABONAMENTU MEDYCZNEGO

Niniejszym wypowiadam umowę abonamentu medycznego nr [numer], zawartą w dniu [data zawarcia].

Umowę wypowiadam z zachowaniem okresu wypowiedzenia wskazanego w [paragraf umowy], to jest [okres wypowiedzenia], ze skutkiem na dzień [data].

[Wybierz, jeżeli dotyczy:]

- Abonament został wykupiony samodzielnie i opłacam go z własnych środków.
- Abonament jest finansowany przez pracodawcę. W takim wypadku o rezygnacji decyduje umowa pracodawcy z placówką, dlatego równolegle składam oświadczenie o rezygnacji do działu kadr.
- Umowa została zawarta na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa mniej niż 14 dni temu, więc zamiast wypowiedzenia odstępuję od niej na podstawie art. 27 ustawy o prawach konsumenta.

Proszę o:

1. Potwierdzenie na piśmie przyjęcia wypowiedzenia oraz wskazanie ostatniego dnia obowiązywania abonamentu.
2. Odwołanie zgody na cykliczne obciążanie karty lub rachunku po tym dniu.
3. Rozliczenie opłaconego z góry okresu i zwrot niewykorzystanej części na rachunek nr [numer rachunku].

[Podpis]

[Imię i nazwisko]