

WZÓR FORMULARZA ODSZKADNIENIA OD UMOWY

Adresat:

Lingualand sp. z o.o.

ul. Karmelicka 45, 31-128 Kraków

fax. 12 633 96 57, e-mail: info@lingualand.pl

Niniejszym informuję o moim odstąpieniu od umowy o świadczenie następującej usługi:

.....
.....
.....
.....

Data zawarcia umowy:

Imię i nazwisko konsumenta:

Adres konsumenta:

Podpis konsumenta:

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

Data: