

Niniejszy formularz należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy.

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko:.....

Adres:

.....

.....

.....

Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

ul. Mickiewicza 29

40-085 Katowice

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY

Niniejszym informuję o odstąpieniu od umowy o świadczenie usług edukacyjnych zawartej
w dniu

Podpis:

.....