

## FORMULARZ ZWROTU

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci zwrotu wpłaty)

**Do:**  
Rehasport Clinic sp. z o.o.  
ul. Górecka 30  
60-201 Poznań  
REGON: 300124187  
NIP: 7811772289  
E: [akademia@rehasport.pl](mailto:akademia@rehasport.pl)  
T: +48 532 391 244

Ja/My(\*) niniejszym proszę/simy o zwrot wpłaty za kurs

Data kursu

Data wpłaty

Kwota wpłaty

Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

Adres konsumenta(-ów)

Kurs został opłacony/ dofinansowany przez

Data wpłaty

Kwota wpłaty

Data i podpis konsumenta(-ów)

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej).

\*Niepotrzebne skreślić

