

**Załącznik Nr 2 do Regulaminu Zakupu  
Pakietów Medycznych LUXMED**  
dostępnych w serwisie internetowym  
prowadzonym pod adresem [www.pakietymedyczne.pl](http://www.pakietymedyczne.pl)

**Wzór oświadczenia  
o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość**

....., dn. ....

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

imię, nazwisko i adres Klienta

**SOLT ZDROWIE Spółka z ograniczoną  
odpowiedzialnością SP.K.**

ul. Przędzalniana 6h,  
15-688 Białystok

**Oświadczenie  
o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość**

Oświadczam, że zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta **odstępuję od umowy nr .....** zawartej dnia ..... dotyczącej zakupu usługi

.....

Zwrotu wpłaconej kwoty proszę dokonać na rachunek bankowy .....

.....

.....

podpis Klienta

**Solt Zdrowie**

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K.  
ul. Przędzalniana 6H, 15-688 Białystok  
KRS 0000612442, Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy  
NIP 5242799937, REGON 364218903

📍 Biuro: ul. Przędzalniana 6H, 15-688 Białystok  
🌐 [www.pakietymedyczne.pl](http://www.pakietymedyczne.pl)  
✉ [biuro@pakietymedyczne.pl](mailto:biuro@pakietymedyczne.pl)  
☎ 22 350 70 13

- Oświadczam, iż zapoznałam/-em się i akceptuję [Ogólne warunki świadczenia usług, Regulamin zakupu pakietów medycznych wraz z Załącznikami](#) oraz [Politykę prywatności](#). \*
- Wyrażam zgodę na przesyłanie faktur oraz innych informacji związanych z Umową, w tym informacji handlowych, drogą elektroniczną lub na podany numer telefonu przez SOLT ZDROWIE spółka z ograniczoną odpowiedzialnością SP.K. oraz Partnerów Programu \*
- Wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych do LUX MED Sp. z o.o. w celu realizacji Umowy. Oświadczam, że posiadam zgody Osób uprawnionych do podania ich danych osobowych w celu realizacji na ich rzecz świadczeń zdrowotnych LUX MED. \*
- Wyrażam zgodę na przekazane mi przez SOLT ZDROWIE spółka z ograniczoną odpowiedzialnością SP.K. potwierdzenia zawarcia Umowy drogą elektroniczną, na wskazany adres e-mail.

-----

Zwracam się z żądaniem rozpoczęcia świadczenia usług będących przedmiotem zawartej Umowy przed upływem terminu do odstąpienia od Umowy. Jednocześnie mam świadomość, iż w przypadku odstąpienia przeze mnie od Umowy, mam obowiązek zapłaty za spełnione przez SOLT ZDROWIE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością SP.K. usługi, proporcjonalnie do zakresu spełnionego świadczenia.

---

#### Solt Zdrowie

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K.  
ul. Przędzalniana 6H, 15-688 Białystok  
KRS 0000612442, Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy  
NIP 5242799937, REGON 364218903

📍 Biuro: ul. Przędzalniana 6H, 15-688 Białystok  
🌐 [www.pakietymedyczne.pl](http://www.pakietymedyczne.pl)  
✉ [biuro@pakietymedyczne.pl](mailto:biuro@pakietymedyczne.pl)  
☎ 22 350 70 13