

ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΣΥΜΒΑΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΠΟΣΤΑΣΗ

ΠΡΟΣ: Ideaslab Νικολαΐδης,
Κων/λεως 32 Πετρούπολη 132 32,
Τηλ: 210-5063798, Fax: 210-5056788, Email: syndromes@sxeseis.gr

(Συμπληρώστε και αποστείλετε τη δήλωση αυτή μόνο αν επιθυμείτε να υπαναχωρήσετε από τη σύμβαση)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

Όνοματεπώνυμο:	
Διεύθυνση:	
ΤΚ:	Πόλη:
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:
Τηλέφωνο:	Κινητό:
Email:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Αριθμός μέλους:	Ψευδώνυμο μέλους:
Ημ/νία αγοράς:	Τύπος πρόσβασης:
Τρόπος Πληρωμής: <input type="checkbox"/> PaySafeCard <input type="checkbox"/> PayPal <input type="checkbox"/> Πιστωτική / Χρεωστική κάρτα	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

Σε περίπτωση πληρωμής μέσω PaySafeCard ο αντιλογισμός της συναλλαγής είναι τεχνικά αδύνατος. Παρακαλούμε συμπληρώστε τα στοιχεία του τραπεζικού λογαριασμού στον οποίο επιθυμείτε να επιστραφεί το αναλογούν ποσό.

Όνοματεπώνυμο κατόχου:	
Τράπεζα :	IBAN :

Σας γνωστοποιώ ότι αποστέλλω την παρούσα σε εσάς εντός της νομίμου προθεσμίας των 14 ημερολογιακών ημερών, ασκώντας το δικαίωμα υπαναχώρησής μου από την προαναφερόμενη σύμβαση και σας καλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες, μόλις παραλάβετε την παρούσα, για την απενεργοποίηση των υπηρεσιών σας προς εμένα και την επιστροφή προς εμένα του αντιτίμου των υπηρεσιών των οποίων δεν έχω κάνει χρήση έως τη στιγμή απενεργοποίησής τους.

Ημερομηνία : / /

Υπογραφή Πελάτη :