



ODDZIAŁ FITNESS

Numer klienta: _____

Do umowy: _____, obowiązującej od dnia _____



Miejscowość, data

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Adres e-mail

Benefit Systems S.A. Oddział Fitness w Warszawie

Plac Europejski 2, 00-844 Warszawa

OŚWIADCZENIE O WYCOFANIU ZAMROŻENIA UMOWY

Niniejszym wycofuję¹ moje oświadczenie z dnia _____ o zamrożeniu umowy o świadczenie usług:
_____ (należy wpisać nazwę usługi/karnetu, którego dotyczy zamrożenie oraz sieć
fitness). Wycofanie zamrożenia dotyczy pełnego okresu wnioskowanego zamrożenia/_____
dni wnioskowanego okresu zamrożenia, począwszy od dnia _____.

Podpis

¹ Wycofanie zamrożenia może nastąpić wyłącznie zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Umowy