

ZAŁĄCZNIK NR 1

**FORMULARZ OŚWIADCZENIA O Odstąpieniu od Umowy o świadczenie
usługi CyberRescue**

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od Umowy)

Adresat:

Centrum Bezpieczeństwa Cyfrowego S.A
skrytka pocztowa 137
90-001 Łódź

- Ja (imię i nazwisko)

niniejszym informuję o moim odstąpieniu od Umowy o świadczenie usługi CyberRescue.

- Data zawarcia Umowy
- Adres Klienta
- Data
- Podpis Klienta

.....
Podpis