**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:**

CyberRescue Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: CyberRescue Sp. z o.o. ul. Modlińska 129/U10, 03-186 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000767083, NIP 5242880817, REGON 382315147, o kapitale zakładowym 499.980,00 PLN, opłaconym w całości;

* Ja ………………………………………………………………………………………………………………………… niniejszym informuję o moim odstąpieniu od Umowy o Świadczenie Usługi CyberRescue.
* Data zawarcia Umowy ………………………………………………………………………………………………………
* Imię i nazwisko Klienta ………………………………………………………………………………………………………
* Data …………………………………………………..
* Podpis Klienta

………………………………………………………………………….

   Podpis