

# ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ



Με την παρούσα, και σύμφωνα με το **δικαίωμα υπαναχώρησης (Άρθρο 9 των Γενικών Όρων)**, σας δηλώνω ότι:

Επιθυμώ να υπαναχωρήσω από τη συνδρομητική σύμβαση παροχής υπηρεσιών Τηλεσυμβουλευτικής Υγείας (Health Tele-Consulting), καθώς και από κάθε συναφή υποχρέωση που απορρέει από αυτήν.

## Στοιχεία Συμβολαίου

Αριθμός Συνδρομητικού Συμβολαίου: .....

Ημερομηνία Παραλαβής Συμβολαίου: .....

Ημερομηνία Υποβολής της Υπαναχώρησης: .....

## A. Δήλωση Μη Χρήσης Υπηρεσιών

Δηλώνω ότι **δεν έχω κάνει χρήση καμία από τις παροχές του συνδρομητικού προγράμματος**, κατά το χρονικό διάστημα από την παραλαβή του έως σήμερα.

Ναι  Όχι

(Σε περίπτωση χρήσης, εφαρμόζεται παρακράτηση 1/12 της ετήσιας συνδρομής.)

## B. Οικονομική Τακτοποίηση

Αιτούμαι την **επιστροφή του ποσού της συνδρομής**, σύμφωνα με τους Γενικούς Όρους του προγράμματος και λαμβάνοντας υπόψη τυχόν νόμιμες παρακρατήσεις (1/12 της ετήσιας συνδρομής σε περίπτωση υπαναχώρησης).

Τρόπος επιστροφής ποσού:

Τραπεζικός Λογαριασμός IBAN: .....

## Γ. Αποτέλεσμα Υπαναχώρησης

Κατόπιν της υπαναχώρησής μου, δηλώνω ότι:

- το συνδρομητικό συμβόλαιο παύει να ισχύει από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας,
- δεν επιθυμώ τη συνέχιση ή ανανέωση του προγράμματος,
- παραιτούμαι από κάθε σχετική παροχή.
- για όποια χρήση του προγράμματος έχω κάνει χρήση, δεν διατηρώ κάποια αξίωση.

Ημερομηνία: .....

## Ο Λήπτης του Συνδρομητικού Συμβολαίου

Όνοματεπώνυμο:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας / Διαβατηρίου

Υπογραφή