



.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres e-mail

Benefit Systems S.A. Oddział Fitness w Warszawie

Plac Europejski 3, 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 dnia²

.....

Podpis

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

² Niepotrzebne skreślić