



**MEDICOVER**

## WNIOSEK O MODYFIKACJĘ

ZAMÓWIENIA NUMER .....

**Adresat:**

MediStore  
Medicover Sp. z o.o.  
Al. Jerozolimskie 96  
00-807 Warszawa  
Fax: 48 22 597 70 79  
Email: dok@medicover.pl

Ja/My(\*) .....

niniejszym proszę o modyfikację umowy sprzedaży następujących rzeczy/umowy dostawy następujących rzeczy/umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy/o świadczeniu następującej usługi(\*) .....

..... (proszę podać numer zamówienia lub nazwę usługi).

**Dodatkowe informacje:**

Data zawarcia umowy/odbioru(\*): .....

Imię i nazwisko Konsumenta(-ów): .....

.....  
.....

Adres Konsumenta(-ów): .....

.....  
.....

Opis modyfikacji: .....

.....  
.....

.....  
Data

.....  
Podpis Konsumenta(-ów)  
*(jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)*

(\*) Niepotrzebne skreślić.