

CAYMA FORMU

(Bu form, sadece sözleşmeden cayma hakkı kullanılmak istenildiğinde doldurulup belirtilen mail adresine gönderilecektir.)

1)Kime :

- Unvanı: **BALIKESİR GÜVEN ÖZEL SAĞLIK LABORATUVAR HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.**
- Adresi: **Bahçelievler Mah. Atatürk Cad. Erdem Sitesi No: 10 B Altıeylül / Balıkesir**
- Telefon: **+90 553 538 24 62**
- Satıcı Mersis Numarası: [eklenecek]
- E-Mail: **guvenozelsaglik@gmail.com**
- KEP: **balikesirguvenozel@hs06.kep.tr**

2)Sipariş Tarihi/

Teslim Tarihi :

3)Cayma Hakkına

Konu Hizmet :

4)Hizmet Bedeli :

5)Alıcının Adı Soyadı

Ve Adresi :

Tarih :