



VICTORY INSURANCE COORDINATOR AND SERVICES IKE

Κορυτσάς 1, 16451 , Αργυρούπολη

Τηλ :2152151821

ΑΦΜ: 997873240 Δ.Ο.Υ Ηλιούπολης

www.westathensmedical.gr

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Β

ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Σας δηλώνω ότι υπαναχωρώ από την μεταξύ μας σύμβαση παροχής δυνάμει του με αριθμό..... συνδρομητικού συμβολαίου που μου παραδώσατε. Κατόπιν τούτου η μεταξύ μας σύμβαση παροχής υπηρεσιών είναι άκυρη εξαρχής ως ουδέποτε γενόμενη και ουδεμία ισχύ έχει το πιο πάνω συνδρομητικό συμβόλαιο που μου παραδώσατε.

Επιπλέον σας δηλώνω ότι:

α. Από την ημερομηνία σύναψης του συνδρομητικού συμβολαίου μέχρι την αποστολή του παρόντος, δεν έχει γίνει χρήση του προγράμματος .

β. Δεν έχω καμία απαίτηση από την VICTORY INSURANCE COORDINATOR AND SERVICES IKE, εκτός της επιστροφής των ασφαλίσεων που έχω καταβάλει.

Ημερομηνία

(Ημέρα-μήνας -έτος)

Ο Δηλών / Η Δηλούσα

(ονοματεπώνυμο – υπογραφή)