Data ……..

OŚWIADCZENIE KLIENTA

dotyczące Programu „Raty dla Pacjentów”

Ja…… (imię i nazwisko Klienta) oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Programu „Raty dla Pacjentów” Comperia.pl S.A. (dalej: Program) obowiązującego w Placówce Medycznej Rehasport Clinic Sp. z o.o. akceptuję jego treść oraz zgodnie z warunkami podaję dane kontaktowe w zakresie

1) Imię i nazwiska: ……..
2) numer telefonu: ……..
3) adres poczty elektronicznej: ……..

jako warunek skorzystania z Programu.

……
(data i podpis Klienta)