

Miejscowość.....,data.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna.....

Adres zamieszkania.....

.....



ul. Gościńska 9  
86-065 Łochowo  
NIP: 9671250711  
Tel. 884-949-966

## ROZWIĄZANIE UMOWY

W dniu..... wypowiadam umowę zawartą pomiędzy Strefą Zdrowia  
Małgorzata Wiśniewska – Łowigus,

a.....(imię i nazwisko rodzica/opiekuna) dotyczącą  
udziału.....(imię i nazwisko ucznia) w rehabilitacji, która  
odbywa się w..... o godz.....(dzień i godzina zajęć).

W sytuacji gdy rozwiązanie umowy następuje w czasie trwania umowy na prowadzenie  
rehabilitacji, obowiązuje miesięczny okres wypowiedzenia, który liczony jest od pierwszego dnia  
kolejnego okresu rozliczeniowego(miesiąca). Rodzic lub opiekun Dziecka zobowiązany jest do  
uiszczenia opłaty za kolejny miesiąc. Uczestnik w okresie wypowiedzenia ma prawo do czynnego  
udziału w zajęciach.

Podpis rodzica/opiekuna:

Podpis organizatora: