

Warszawa, dnia ..... 2022 r.

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem/am się z treścią „Regulaminu uczestnictwa i odwoływania konsultacji” obowiązującego w Firmie ABRIL, i mam pełną świadomość, że w przypadku nieodwołanej wizyty w terminie, poniosę pełne koszty konsultacji psychologicznej.

W przypadku niedotrzymania terminu wskazanego ust. 6 „Regulaminu uczestnictwa i odwoływania konsultacji”, zgadzam się na obciążenie mnie kosztami usługi i wystawienie rachunku na kwotę 90 zł brutto oraz przesłanie go na adres: .....

.....

czytelny podpis uczestnika konsultacji