

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Προς: *[να συμπληρωθεί το όνομα, η γεωγραφική διεύθυνση και, εάν υπάρχει, ο αριθμός της τηλεομοιοτυπίας του επαγγελματία υγείας και η διεύθυνση του ηλεκτρονικού του ταχυδρομείου]*

Σας γνωστοποιώ με την παρούσα ότι υπαναχωρώ από την εξ αποστάσεως σύμβαση παροχής της/των ιατρικής/-ών υπηρεσίας/-ών:

- Που συνάφθηκε στις: _____

- Όνομα καταναλωτή: _____

- Διεύθυνση καταναλωτή: _____

- Ημερομηνία: _____

- IBAN: _____

Οδηγίες για την άσκηση του δικαιώματος υπαναχώρησης

Σε περίπτωση που ζητήσετε την παροχή ιατρικών υπηρεσιών μέσω ~~της ιστοσελίδας του e-ιατροείου~~ και υπό την προϋπόθεση ότι δεν σας έχει ακόμα παρασχεθεί πλήρως η αιτούμενη ~~/-ες~~ ~~ιατρική/-ες~~ υπηρεσία ~~/-ες~~ από τον Επαγγελματία Υγείας, έχετε το δικαίωμα να αλλάξετε γνώμη και να υπαναχωρήσετε ελεύθερα εντός δεκατεσσάρων (14) ημερολογιακών ημερών από την επομένη της ημερομηνίας σύναψης της σύμβασης παροχής ιατρικών υπηρεσιών (δηλαδή από ~~την υποβολή του αιτήματός σας ή, σε περίπτωση τη~~ λήψης της επιβεβαίωσης στο αίτημά σας από τον Επαγγελματία Υγείας, ~~από την λήψη της επιβεβαίωσης αυτής~~) χωρίς καμία απολύτως επιβάρυνση. Αν οι ιατρικές υπηρεσίες έχουν παρασχεθεί κατά ένα μέρος όταν ασκήσετε το δικαίωμα υπαναχώρησης, θα οφείλετε στον Επαγγελματία Υγείας τμήμα της αμοιβής του που αντιστοιχεί στις παρασχεθείσες ιατρικές υπηρεσίες μέχρι την ημέρα άσκησης του δικαιώματος υπαναχώρησης.

Μπορείτε να ασκήσετε το δικαίωμα υπαναχώρησης αποστέλλοντας συμπληρωμένο το παρόν έντυπο ή στέλνοντας σχετική σας δήλωση μέσω μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του Επαγγελματία Υγείας που αναγράφεται ~~στην ιστοσελίδα του εντός της πλατφόρμας της Online Doctors στο e-ιατρείο του~~. Εάν ζητήσατε να ξεκινήσει η παροχή υπηρεσιών στη διάρκεια της προθεσμίας υπαναχώρησης, θα σας επιστραφεί τμήμα μόνο του ποσού που καταβάλατε, από το οποίο θα έχει παρακρατηθεί από τον Επαγγελματία Υγείας η αμοιβή του για τις παρεχόμενες μέχρι τώρα ιατρικές υπηρεσίες του προς εσάς. Το ακριβές ποσό που θα σας επιστραφεί θα αναγράφεται στο μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με το οποίο θα επιβεβαιώνεται η λήψη της δήλωσης υπαναχώρησής σας.

Για να τηρήσετε την προθεσμία υπαναχώρησης, είναι αρκετό να στείλετε τη δήλωση σας περί άσκησης του δικαιώματος υπαναχώρησης σας πριν λήξει η προθεσμία υπαναχώρησης.

Συνέπειες της υπαναχώρησης

Μετά την άσκηση του δικαιώματος υπαναχώρησης και σε περίπτωση που δεν έχει ξεκινήσει η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών από τον Επαγγελματία Υγείας, θα σας επιστραφεί το πλήρες ποσό που τυχόν είχατε καταβάλει, ενώ σε περίπτωση που έχει παρασχεθεί ένα μέρος των ιατρικών υπηρεσιών, θα αφαιρεθεί από το ποσό που θα σας επιστραφεί το ποσό που αναλογεί στις υπηρεσίες αυτές. Το ποσό που είχατε καταβάλει θα επιστραφεί σε εσάς χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση και οπωσδήποτε εντός 14 ημερολογιακών ημερών από την ημέρα που ο Επαγγελματίας Υγείας θα πληροφορηθεί την απόφασή σας να υπαναχωρήσετε από την παρούσα σύμβαση. Θα εκτελέσουμε την ανωτέρω επιστροφή χρημάτων χρησιμοποιώντας το ίδιο μέσο πληρωμής που εσείς χρησιμοποιήσατε για την αρχική συναλλαγή σας με τον Επαγγελματία Υγείας και δεν θα χρεωθείτε με έξοδα για την επιστροφή των χρημάτων.