

## Formularz rezygnacji z uczestnictwa ALAB club

Imię .....

Nazwisko .....

Adres e-mail .....

Nr ID karty Pacjenta .....

niniejszym informuję o moim odstąpieniu od uczestnictwa w programie rabatowym ALAB club jednocześnie proszę o usunięcie moich danych z programu.

data, podpis

.....

Wypełniony formularz proszę przesać na adres: [alabclub@alab.com.pl](mailto:alabclub@alab.com.pl)

Adres do korespondencji:

**ALAB laboratoria Sp. z o.o.** ul. Zawodzie 22, 02-981 Warszawa

NIP: 522-000-02-17 • REGON: 008105218 • Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy  
XIII Wydział Gospodarczy • KRS: 0000040890 • Kapitał Zakładowy: 1 069582,00 PLN

PN-EN ISO 9001:2015; PN-EN ISO 15189:2013  
PN-EN ISO/IEC 27001:2017; PN-EN ISO 14001:2015