



ANGRESKJEMA

Ved kjøp av oppgraderte medlemsløsninger på eClinic

Fyll ut og returner dette skjema dersom du ønsker å gå fra avtalen

Jeg underretter herved om at jeg ønsker å gå fra følgende avtale:

EKSTRA

Innmelding/avtale inngått dato: _____ (2 ukers angrefrist)

Har noen tjenester vært benyttet? JA/NEI

NAVN: _____

Adresse: _____

Postnr og sted: _____

Email: _____ **Mobil:** _____

Kontonr for refusjon: _____

Dato: _____ **Underskrift:** _____

Utfylt skjema sendes til:

AMS eOmsorg AS
Attn: Medlemsavd
Gaustadalleen 21, 0379 OSLO
Email: eklinikk@amedsup.no