

«УТВЕРЖДАЮ»



Генеральный директор

ООО МКК «Кэшмагнит»

М.Е. Смирных

12.03.2026г.

ЗАЯВЛЕНИЕ о предоставлении услуги «Кошелёк здоровья»

Я, _____, настоящим, понимая значение своих действий и руководствуясь своими интересами, на основании настоящего Заявления о предоставлении услуги «Кошелёк здоровья» (далее по тексту – «Заявление»):

Не согласен(сна) с предоставлением мне дополнительных услуг:

Выражаю свое согласие ООО МКК «Кэшмагнит» (ОГРН 1205400040757, ИНН 5406808020, расположенное по адресу: 630099, г. Новосибирск, ул. Романова, д. 25) на предоставление мне следующей услуги:

в соответствии с выбранным Тарифом услуги «Кошелёк здоровья», оказываемой на основании Лицензионного соглашения № 1343/24022026 от «24» февраля 2026 года, заключенного между ООО МКК «Кэшмагнит» и ООО «Фарм Ай Кью».

ГАРАНТИИ И ЗАВЕРЕНИЯ

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что: действую от своего имени, в своих интересах и за свой счет, при этом не действую к выгоде иных лиц, в том числе на основании договора; полностью контролирую свои действия, и у меня отсутствует лицо, которое имеет возможность прямо или косвенно контролировать мои действия, в том числе определять принимаемые мною решения; полностью ознакомлен с офертой, условия которой мне понятны и ясны; полностью ознакомлен с выбранным мной Тарифом услуги «Кошелёк здоровья», стоимость выбранного мной Тарифа услуги «Кошелёк здоровья» в сумме _____ руб. меня устраивает.

Я, _____, подписывая настоящее заявление, подтверждаю, что мне известно, что я вправе отказаться от услуги на основании моего письменного заявления об отказе от услуги посредством обращения в ООО «Фарм Ай Кью» (ОГРН 1197746551090, ИНН 7736324014). При этом я понимаю и согласен(сна) с тем, что в случае моего отказа от услуги в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты подписания настоящего Заявления, ООО «Фарм Ай Кью» вернет мне плату за услугу в полном объеме.

Возврат денежных средств осуществляется в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления об отказе от услуги.

Я, _____, уведомлен(а) о том, что в случае неисполнения ООО «Фарм Ай Кью» обязанности по возврату денежных средств за услугу, я вправе обратиться к ООО МКК «Кэшмагнит» с заявлением об отказе от услуги и возврате денежных средств, при соблюдении условий, содержащихся в части 2.10. статьи 7 Федерального закона от 21.12.2013 N 353-ФЗ "О потребительском кредите (займе)".

Документ подписан простой электронной подписью в онлайн сервисе cashmagnit.ru/cabinet/my

Фамилия Имя Отчество _____

Дата рождения: _____

Паспорт: _____ дата выдачи _____

Телефон: _____

СМС-код: _____

Электронная подпись (АСП) Заемщика: _____

Дата и время: _____