

Potwierdzenie zawarcia przez telefon umowy o świadczenie usługi Pakiet na zdrowie wraz z umową o zwolnienie z długu¹

W przypadku wypełniania odręcznego, proszę pisać drukowanymi literami

Dane Klienta PGNiG OD:

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Numer oświadczenia	
Ulica, numer domu/lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	

PGNiG Obrót Detaliczny sp. z o.o. potwierdza ofertę zawarcia umowy o świadczenie usługi Pakiet na zdrowie wraz z umową o zwolnienie z długu, której przedmiotem jest zwolnienie z obowiązku zapłaty 12 pierwszych rat opłaty za ww. usługę, na warunkach określonych w załączonych następujących dokumentach:

- 1) Regulamin usługi Pakiet na zdrowie,
- 2) Oświadczenie o przystąpieniu do usługi Pakiet na zdrowie, zapoznaniu się i akceptacji treści Regulaminu,
- 3) Umowa o zwolnienie z długu,
- 4) Zasady korzystania z usługi Pakiet na zdrowie przez Powstańców Warszawskich,
- 5) Oświadczenie dotyczące korzystania z usługi Pakiet na zdrowie po upływie okresu zwolnienia z obowiązku wnoszenia opłaty,
- 6) Klauzule informacyjne dotyczące przetwarzania danych osobowych,
- 7) Informacje o prawach konsumenta w związku z zawarciem umowy na odległość,
- 8) Wzór formularza odstąpienia od umowy.
- 9)

Centrum Pomocy
22 505 14 25

Bezpłatny
Pakiet Podstawowy
12 miesięcy

Miejscowość, data

Czytelny podpis Klienta PGNiG OD (imię i nazwisko)

Oświadczam, że zawieram umowę o świadczenie usługi Pakiet na zdrowie wraz z umową o zwolnienie z długu, której przedmiotem jest zwolnienie z obowiązku zapłaty 12 pierwszych rat opłaty za ww. usługę na warunkach określonych w ww. dokumentach oraz potwierdzam otrzymanie tych dokumentów.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Klienta PGNiG OD (imię i nazwisko)

PGNiG Obrót Detaliczny sp. z o.o. potwierdza zawarcie umowy o świadczenie usługi Pakiet na zdrowie wraz z umową o zwolnienie z długu, której przedmiotem jest zwolnienie z obowiązku zapłaty 12 pierwszych rat opłaty za ww. usługę, na warunkach określonych w ww. dokumentach.

Usługa Pakiet na zdrowie będzie aktywna od:

Miejscowość, data

Czytelny podpis Klienta PGNiG OD (imię i nazwisko)

¹ Oświadczenie przeznaczone jest dla Klientów PGNiG OD korzystających z usługi Pakiet na zdrowie na warunkach określonych w dokumencie pn. ZASADY KORZYSTANIA Z USŁUGI PAKIET NA ZDROWIE PRZEZ POWSTAŃCÓW WARSZAWSKICH.