

WYPOWIEDZENIE USŁUGI PAKIET NA ZDROWIE

(W przypadku wypełniania odręcznego, proszę pisać drukowanymi literami)

Dane Klienta PGNiG OD

Imię	
Nazwisko	
PESEL/płeć ¹	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Numer i seria dokumentu tożsamości ¹	
Data urodzenia ¹	
Adres e-mail ²	
Telefon kontaktowy ²	
Numer oświadczenia	

Adres miejsca zamieszkania

Ulica, numer domu/lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Kraj	

Oświadczam, że wypowiadam umowę o świadczenie usługi PAKIET NA ZDROWIE zgodnie z § 8 pkt 2 Regulaminu usługi PAKIET NA ZDROWIE względem wszystkich osób wskazanych w Oświadczeniu o przystąpieniu do usługi PAKIET NA ZDROWIE, zapoznaniu się i akceptacji treści Regulaminu.

--

Miejscowość, data

--

Czytelny podpis Klienta PGNiG OD
(imię i nazwisko)

1. Dotyczy osób nieposiadających numeru PESEL

2. Dane fakultatywne