



WNIOSEK O ZWROT OPŁATY ZA NIEWYKORZYSTANY OKRES ŚWIADCZENIA USŁUGI PAKIET NA ZDROWIE

(Proszę zaznaczyć właściwe pole krzyżykiem i w przypadku wypełniania odręcznego, proszę pisać drukowanymi literami)

Dane Klienta PGNiG OD:

Imię

Nazwisko

Numer oświadczenia

Wybrany pakiet usługi¹:

- Podstawowy
 Rozszerzony
 Kompleksowy

Ilość zgłoszonych osób bliskich:

w tym dzieci:

Raty podlegające zwrotowi:

Data rozwiązywania umowy

Kwota niewykorzystanych opłat

- zaliczyć na poczet należności na konto klienta o numerze ewidencyjnym:

Adres punktu poboru paliwa gazowego (PPG):

Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu / lokalu

- zaliczyć na poczet należności na konto klienta o numerze ewidencyjnym:

Adres punktu poboru energii elektrycznej (PPE):

Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu / lokalu

- przekazać na rachunek
o numerze:

Nazwa właściciela rachunku (jeśli jest inny niż odbiorca)

- przekazać Przekazem Pocztowym na następujący adres:

Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu / lokalu

Miejscowość, data

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

1. Należy wybrać jeden z wariantów