

Oświadczenie o zmianie danych w usłudze Pakiet na zdrowie
w oświadczeniu nr **z dnia**

Dane Klienta PGNiG OD

Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
PESEL/pleć ¹	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
Numer i seria dokumentu tożsamości ¹	<input type="text"/>		
Data urodzenia ¹	<input type="text"/>		
Adres e-mail ²	<input type="text"/>		
Telefon kontaktowy ²	<input type="text"/>		
	Adres miejsca zamieszkania	Adres korespondencyjny³	
Ulica, numer domu/lokalu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miejscowość	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kod pocztowy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Oświadczam, że z dniem zmianie uległy następujące dane zawarte w Oświadczeniu o przystąpieniu do usługi Pakiet na zdrowie:

Proszę zaznaczyć i wpisać aktualne dane:

<input type="checkbox"/> Zmiana nazwiska	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zmiana adresu miejsca zamieszkania <small>(ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)</small>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zmiana adresu korespondencyjnego <small>(ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)</small>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Inne dane	<input type="text"/>

Dotychczasowe dane osoby bliskiej

Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
PESEL/pleć ¹	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia ¹	<input type="text"/>		
Telefon kontaktowy ²	<input type="text"/>		
Miejscowość	<input type="text"/>		
Ulica, numer domu/lokalu	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	<input type="text"/>		
	Adres miejsca zamieszkania		
Ulica, numer domu/lokalu	<input type="text"/>		
Miejscowość	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	<input type="text"/>		
Kraj	<input type="text"/>		

Oświadczam, że z dniem zmianie uległy następujące dane zawarte w Oświadczeniu o przystąpieniu do usługi Pakiet na zdrowie:

Proszę zaznaczyć i wpisać aktualne dane:

<input type="checkbox"/> Zmiana nazwiska	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zmiana adresu miejsca zamieszkania <small>(ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)</small>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Inne dane	<input type="text"/>

Miejscowość, data

Czytelny podpis Klienta PGNiG OD
(imię i nazwisko)

¹ Dotyczy osób fizycznych nieposiadających numeru PESEL

² Dane fakultatywne. Uzupełnienie niniejszego pola stanowi zgodę na przetwarzanie wpisanych danych osobowych przez PGNiG Obrót Detaliczny sp. z o.o. w celu ułatwienia kontaktu z Panią/Panem w związku z wykonaniem usługi PGNiG Pakiet na zdrowie. Zgodę można wycofać w dowolnym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.

³ Adres korespondencyjny jeśli jest inny niż adres miejsca zamieszkania.