

## 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 usługi<sup>1</sup>:

Podstawowy  Rozszerzony  Kompleksowy

Ilość zgłoszonych osób bliskich:   
w tym dzieci:

Data rozwiązania umowy  Kwota niewykorzystanych opłat

### Raty podlegające zwrotowi:

zaliczyć na poczet należności na konto klienta o numerze ewidencyjnym:

Adres punktu poboru paliwa gazowego (PPE):

kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu / lokalu

zaliczyć na poczet należności na konto klienta o numerze ewidencyjnym:

Adres punktu poboru paliwa gazowego (PPG):

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 Klienta PGNiG OD  
(imię i nazwisko)

<sup>1</sup> Należy wybrać jeden z wariantów.