

Formularz rezygnacji z usługi Pakiet na zdrowie*

(*Formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci rezygnacji z usługi Pakiet na zdrowie dla Powstańców Warszawskich)

Adresat:

PGNiG Obrót Detaliczny sp. z o.o.
ul. Grobla 15
61 – 859 Poznań
adres e-mail: kontakt@pgnig.pl

Niniejszym informuję o mojej rezygnacji z usługi Pakiet na zdrowie dla Powstańców Warszawskich.

Dane Klienta:

Imię ¹			
Nazwisko ¹			
PESEL ¹ /płeć ^{1,2}		kobieta	mężczyzna
Data urodzenia ^{1,2}			
Adres e-mail ³			
Telefon kontaktowy ³			
	Adres miejsca zamieszkania	Adres korespondencyjny⁴	
Ulica, numer domu/lokalu			
Miejscowość			
Kod pocztowy			
Kraj			
Numer oświadczenia			
Data złożenia oświadczenia			

Dodatkowe wyjaśnienie:

Rezygnacja może zostać zgłoszona w dowolnym momencie w trakcie realizacji przez PGNiG Obrót Detaliczny sp. z o.o. usługi Pakiet na zdrowie dla Powstańców Warszawskich.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Klienta⁵
(imię i nazwisko)

¹ Dane niezbędne

² Dotyczy osób fizycznych nieposiadających numeru PESEL

³ 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 Pakiet na zdrowie. Zgodę można wycofać w dowolnym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.

⁴ Adres korespondencyjny, jeśli jest inny niż adres miejsca zamieszkania.

⁵ Dotyczy formularzy przesyłanych w wersji papierowej.