

Wzór formularza rezygnacji z usługi Pakiet na zdrowie

Formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci rezygnacji z usług Pakiet na zdrowie

Adresat:

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

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

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			
	Adres miejsca zamieszkania	Adres korespondencyjny³	
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. usług Pakiet na zdrowie dla Powstańców Warszawskich.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Klienta PGNiG OD⁴
(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 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.

⁴ Dotyczy formularzy przesyłanych w wersji papierowej.