

WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY O ŚWIADCZENIE USŁUGI PAKIET NA ZDROWIE ORAZ OD UMOWY O ZWOLNIENIE Z DŁUGU

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy o świadczenie usługi 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 moim odstąpieniu od umowy o świadczenie usługi PAKIET NA ZDROWIE.

Dane Konsumenta

Imię

Nazwisko

PESEL

Numer i seria dokumentu
tożsamości¹

Data urodzenia¹

Adres e-mail²

Telefon kontaktowy²

Adres miejsca zamieszkania

Ulica, numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny³

Numer oświadczenia

Data złożenia oświadczenia

DODATKOWE WYJAŚNIENIE:

Termin na odstąpienie od umowy o świadczenie usługi PAKIET NA ZDROWIE wynosi 14 dni i biegnie od dnia zawarcia umowy.

Miejscowość, data

Czytelny podpis⁴
(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