



WYPOWIEDZENIE USŁUGI PAKIET NA ZDROWIE

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

Adresat:

myORLEN sp. z o.o.
ul. Grobla 15
61 – 859 Poznań
adres e-mail: kontakt@myorlen.pl

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

Dane Klienta

Imię ¹			
Nazwisko ¹			
PESEL ¹			
Data urodzenia ^{1,2}	Płeć ^{1,2}	☐ kobieta	☐ mężczyzna
Adres e-mail ³			
Telefon kontaktowy ³			

Adres miejsca zamieszkania

Ulica, numer domu/lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Kraj	

Adres korespondencyjny

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 myORLEN 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 nadanego numeru PESEL

³ Dane fakultatywne. Uzupełnienie niniejszego pola stanowi zgodę na przetwarzanie wpisanych danych osobowych przez myORLEN 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.