



FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD USŁUGI PAKIET NA ZDROWIE
Formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od usługi

Adresat:

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

Informuję o odstąpieniu od umowy o świadczenie usługi Pakiet na zdrowie.

Dane Klienta

Imię ¹			
Nazwisko ¹			
PESEL ¹ /płeć ^{1,2}		kobieta	mężczyzna
Data urodzenia ^{1,2}			
	Adres miejsca zamieszkania	Adres korespondencyjny³	
Ulica, numer domu/lokalu			
Miejscowość			
Kod pocztowy			
Kraj			
Numer oświadczenia			
Data złożenia oświadczenia			

Dodatkowe wyjaśnienie:

Złożenie odstąpienia Klienta od usługi Pakiet na zdrowie ma skutek wobec wszystkich osób wskazanych w Oświadczeniu.

Otrzymane płatności zostaną zwrócone nie później niż 14 dni od dnia odstąpienia od umowy. Zwrot płatności nastąpi na numer konta bankowego pierwotnej transakcji lub wskazany poniżej:

przekazać na rachunek o numerze:

Nazwa właściciela rachunku (jeśli jest inny niż odbiorca)

Miejscowość, data

Czytelny podpis Klienta⁴
(imię i nazwisko)

¹ Dane niezbędne

² Dotyczy osób nieposiadających nadanego numeru PESEL

³ Adres korespondencyjny jeśli jest inny niż adres miejsca zamieszkania.

⁴ Dotyczy formularzy przesyłanych w wersji papierowej.