



WYPOWIEDZENIE USŁUGI PAKIET NA ZDROWIE
(W przypadku wypełniania odręcznego, proszę pisać drukowanymi literami)

Dane Klienta

Imię ¹			
Nazwisko ¹			
PESEL ¹			
Data urodzenia ^{1,2}	Płeć ^{1,2}	kobieta	mężczyzna

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	

Oświadczam, że wypowiadam umowę o świadczenie usługi Pakiet na zdrowie względem wszystkich osób wskazanych w Oświadczeniu o przystąpieniu do usługi Pakiet na zdrowie, zapoznaniu się i akceptacji treści Regulaminu, ze skutkiem na koniec miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło doręczenie niniejszego wypowiedzenia.

Środki podlegające zwrotowi

Data rozwiązania umowy	
Liczba niewykorzystanych miesięcy	
Kwota do zwrotu	PLN

☐ zaliczyć na poczet należności na konto klienta o numerze ewidencyjnym:	
Adres punktu poboru paliwa gazowego (PPG):	

Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu / lokalu

☐ przekazać na rachunek o numerze:	
---	--

Nazwa właściciela rachunku (jeśli jest inny niż odbiorca)

☐ przekazać Przekazem Pocztowym na następujący adres:	
--	--

Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu / lokalu, kraj

--

Miejscowość, data

--

Czytelny podpis Klienta
(imię i nazwisko)

¹ Dane niezbędne do wypowiedzenia usługi.

² Dotyczy osób fizycznych nieposiadających nadanego numeru PESEL