



FORMULARZ WYRAŻENIA / WYCOFANIA ZGODY NA AUTOMATYCZNE PRZEDŁUŻENIE UMOWY
na podstawie Regulaminu usługi Pakiet na zdrowie

Dane Klienta:

Imię i nazwisko¹

Numer umowy¹

PESEL¹

Data urodzenia^{1,2}

Płeć^{1,2}

kobieta

mężczyzna

Wyrażenie /wycofanie zgody na automatyczne przedłużenie umowy

Oświadczam, że:

☐ **wyrażam zgodę** na automatyczne przedłużenie umowy na świadczenie usługi Pakiet na zdrowie na kolejne 24-miesiące umowy na dotychczasowych warunkach

☐ **wycofuję zgodę** na automatyczne przedłużenie umowy na świadczenie usługi Pakiet na zdrowie na kolejne 24-miesiące umowy na dotychczasowych warunkach

Wyrażona / wycofana zgoda na automatyczne przedłużenie umowy dotyczy Klienta oraz wszystkich osób bliskich wskazanych przez niego w Oświadczeniu.

Automatyczne przedłużenie umów nie dotyczy umowy z Pakietem Dziecko, jeśli osoba niepełnoletnia w trakcie trwania umowy osiągnie pełnoletniość.

Zostałem/-am poinformowany/-a, że w przypadku wyrażenia zgody na automatyczne przedłużenie umowy na kolejne 24-miesiące mam prawo wycofać zgodę w dowolnej chwili. W przypadku wycofania zgody umowa nie ulegnie automatycznemu przedłużeniu.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Klienta
(imię i nazwisko)

¹ Dane niezbędne

² Dotyczy osób nieposiadający nadanego numeru PESEL