

WNIOSEK O ROZWIĄZANIE UMOWY

Niniejszy wniosek dotyczy chęci rozwiązania umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych.

Wypełnij wniosek drukowanymi literami. Nie stosuj skreśleń. Błędne lub niepełne wypełnienie formularza spowoduje jego odrzucenie.

Ten wniosek możesz złożyć osobiście lub wysłać pocztą na nasz adres korespondencyjny. Tego wniosku nie możesz złożyć w formie elektronicznej.

Wypełnia operator			
CID			
Numer sprawy			

A. DANE ABONENTA

1. Nazwisko*																				
2. Imię*																				
3. Numer PESEL*																				
4. Numer ID*																				
5. Numer kontaktowy*	+																			

B. ADRES DOSTARCZANIA USŁUGI

1. Ulica*																				
2. Numer domu*																				
3. Numer lokalu*																				
4. Miejscowość*																				
5. Kod pocztowy*																				
6. Kod kraju																				

C. DLA CELÓW STATYSTYCZNYCH ZAZNACZ POWÓD REZYGNACJI (MAX. 2)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Przeprowadzka | <input type="checkbox"/> 5. Niezadowolająca usługa |
| <input type="checkbox"/> 2. Utrata tytułu prawnego do lokalu | <input type="checkbox"/> 6. Przejście do innego operatora |
| <input type="checkbox"/> 3. Brak konieczności korzystania z usługi | <input type="checkbox"/> 7. Problemy techniczne |
| <input type="checkbox"/> 4. Za wysoki abonament | <input type="checkbox"/> 8. Brak usługi jaka mnie interesuje |

Jeżeli wybrałeś 6. wpisz jaki operator, jeśli 8. wskaż jakiej usługi Ci brakuje.

Proszę o rozwiązanie umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych z miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień okresu rozliczeniowego, w którym ten okres minął. Jednocześnie oświadczam iż wszystkie przeterminowane płatności zostały uregulowane przed złożeniem wniosku. Zostałem poinformowany o konieczności zwrotu urządzeń pozostających własnością operatora w terminie 14 dni od zakończenia umowy.

Data: - - Czytelny podpis Abonenta _____

D. ADNOTACJE OPERATORA

Data złożenia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pozytywnie	<input type="checkbox"/> Negatywnie
Data wejścia w życie	<input type="text"/>	Podpis osoby przyjmującej	
Zwrot urządzeń	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Zwrot ulgi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

* pola obowiązkowe