



PEŁNOMOCNICTWO do rozwiązywania Umowy

MOCODAWCA (udzielający pełnomocnictwa):

Numer Klienta/Partnerski:		Imię:		Nazwisko:	
Nazwa firmy:*					
NIP:		REGON:		KRS:	
Adres / ul.:		Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod:		Województwo:	
Dokument tożsamości:				Seria i numer:	
PESEL:					

PEŁNOMOCNIK (przyjmujący pełnomocnictwa):

Numer Klienta/Partnerski:		Imię:		Nazwisko:	
Nazwa firmy:*					
NIP:		REGON:		KRS:	
Adres / ul.:		Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Kod:		Województwo:	
PESEL:					

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa do rozwiązania Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych / Umowy o świadczenie usług dostępu do Internetu**

Zawartej	w	dniu:		O numerze:	
----------	---	-------	----------------------	------------	----------------------

Pełnomocnictwo jest ważne do odwołania.

Miejscowość:	
Data:	

czytelny podpis mocodawcy

* wypełnia przedsiębiorca
** niepotrzebne skreślić