



PEŁNOMOCNICTWO do rozwiązania Umowy

MOCODAWCA (udzielający pełnomocnictwa):

1. Numer Klienta/Partnerski: Imię: Nazwisko:
2. Adres / ul.: Nr domu: Nr mieszkania:
Miejscowość: Kod: - Województwo:
3. Dokument tożsamości: Seria i numer:
4. PESEL: Data urodzenia: . . r.

PEŁNOMOCNIK (przyjmujący pełnomocnictwo):

1. Imię: Nazwisko:
2. Adres / ul.: Nr domu: Nr mieszkania:
Miejscowość: Kod: - Województwo:
3. Dokument tożsamości: Seria i numer:
4. PESEL: Data urodzenia: . . r.

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

Zawartej w dniu: . . r. O numerze:

Pełnomocnictwo jest ważne do odwołania.

Miejscowość:

Podpisano dnia: - - r.

czytelny podpis mocodawcy

* Niepotrzebne skreślić.

** Skreślić, jeśli pełnomocnictwo ma dotyczyć tylko jednej z tych Umów.