



PEŁNOMOCNICTWO do rozwiązania Umowy

MOCODAWCA (udzielający pełnomocnictwa):

Numer Klienta/Partnerski: Imię: Nazwisko:

Nazwa firmy:*

Ares / ul.: Nr domu: Nr mieszkania:

Miejscowość: Kod: Województwo:

Dokument tożsamości: Seria i numer:

PESEL:

PEŁNOMOCNIK (przyjmujący pełnomocnictwa):

Numer Klienta/Partnerski: Imię: Nazwisko:

Nazwa firmy:*

Ares / 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