Formularz nr 6

ZGŁOSZENIE ZAKOŃCZENIA UMOWY KOMPLEKSOWEJ

1. Numer identyfikacyjny PPE:

Numer PPE	5	9	0	4	9	6	2										

2. Dane Odbiorcy (URD):

imię i nazwisko / nazwa podmiotu gospodarczego

PESEL (osoby fizyczne)

NIP (dla podmiotów gospodarczych)

KRS/EDG (dla podmiotów gospodarczych)

3. Adres PPE:

ulica

nr domu

nr lokalu

miejscowość

kod pocztowy

4. Nr telefonu i/lub adres email Klienta:

5. Data rozwiązania umowy kompleksowej:

dzień - miesiąc - rok

_____ *data*

_____ *czytelny podpis Sprzedawcy*

WZÓR DOKUMENTU