

## Deklaracja zawarcia/zmiany danych/rozwiązania<sup>1</sup> umowy o korzystanie z Serwisu Telefonicznego oraz Serwisu Internetowego w ramach Pracowniczego Programu Inwestycyjnego

<b>Imię Uczestnika</b>	<input type="text"/>
<b>Nazwisko Uczestnika</b>	<input type="text"/>
<b>Data urodzenia</b>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>PESEL</b>	<input type="text"/>
<b>Typ dokumentu tożsamości</b>	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny <sup>2</sup> :.....
<b>Numer dokumentu tożsamości</b>	<input type="text"/>
<b>Obywatelstwo</b>	<input type="text"/>
<b>Adres zamieszkania</b>	<input type="text"/>
<b>Adres korespondencyjny</b>	<input type="text"/>
<b>Adres e-mail<sup>3</sup></b>	<input type="text"/>
<b>Numer telefonu<sup>4</sup></b>	<input type="text"/>

<sup>1</sup>niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup>wpisać nazwę dokumentu, jeżeli inny niż dowód osobisty lub paszport

<sup>3</sup>wypełnić tylko w przypadku zawierania umowy o Internetowy Serwis Obsługi Klienta

<sup>4</sup>wypełnić tylko w przypadku zawierania umowy o Internetowy Serwis Obsługi Klienta, podać numer telefonu z możliwością odbioru wiadomości tekstowych SMS

Niniejszym:

- Deklaruję zawarcie umowy o korzystanie z Serwisu Telefonicznego oraz proszę o przesłanie na mój adres korespondencyjny Numeru PIN i Numeru NIU
- Deklaruję zawarcie umowy o korzystanie z Serwisu Internetowego oraz proszę o przesłanie na mój adres korespondencyjny danych identyfikacyjnych.
- Proszę o wygenerowanie nowych danych identyfikacyjnych do Serwisu Internetowego.
- Proszę o wygenerowanie nowego Numeru PIN i nowego Numeru NIU do Serwisu Telefonicznego.
- Proszę o rozwiązanie umowy o korzystanie z Serwisu Telefonicznego.
- Proszę o rozwiązanie umowy o korzystanie z Serwisu Internetowego.
- Proszę o zmianę danych Użytkownika serwisu internetowego ISOK
- Proszę o zmianę rachunku bankowego do Serwisu Telefonicznego.

**Podanie numeru telefonu w niniejszej deklaracji jest niezbędne do zawarcia umowy o Internetowy Serwis Obsługi Klienta, w celu aktywacji usługi i autoryzacji transakcji kodami SMS oraz równocześnie oznacza zgodę na otrzymywanie na podany w numer telefonu wiadomości tekstowych SMS zawierających kody autoryzacyjne.**

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Telefonicznego Systemu Obsługi Klienta oraz Internetowego Systemu Obsługi Klienta i przyjmuję jego warunki.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie do odstąpienia od umowy o korzystanie z Telefonicznego Systemu Obsługi Klienta oraz Internetowego Systemu Obsługi Klienta poprzez złożenie oświadczenia stanowiącego załącznik do niniejszej deklaracji.

Niniejszym wyrażam zgodę na przekazanie mi informacji na temat ProService Agent Transferowy Sp. z o.o. jako podmiotu świadczącego usługi dystrybucyjne za pośrednictwem strony internetowej [www.psat.com.pl/dystrybutor](http://www.psat.com.pl/dystrybutor).

**RACHUNEK BANKOWY DO WYPŁAT:**

**Beneficjent rachunku**

imię (imiona).....

nazwisko.....

**Numer rachunku (w formacie NRB):**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Waluta**

-  -   
*Data złożenia*

*Podpis pracownika*

*Pieczęć Dystrybutora (Pracodawcy)*

*Podpis osoby przyjmującej Deklarację z upoważnienia Dystrybutora (Pracodawcy)*