



_____ , - - - - -
miejsowość data

ROZWIĄZANIE UMOWY O ŚWIADCZENIE USŁUGI TELEKOMUNIKACYJNYCH

zawartej w dnia pomiędzy stronami:
PHU CENTRUM TV-SAT AGNIESZKA KOREK ul. Rynkowa 9, 76-150 Darłowo,
NIP 499-05-94-577 zwanym Operatorem
a

imię, nazwisko/nazwa adres zameldowania/ siedziby adres świadczenia usługi
(wypełnić jeśli różni się od adresu zameldowania/siedziby)

NIP/ nr, seria dokumentu tożsamości, PESEL
zwanym (-ą) Abonentem

Niniejszym wypowiadam Umowę o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych zawartą w..... dnia , z zachowaniem przewidzianego treścią w/w Umowy okresu wypowiedzenia.

Oświadczam jednocześnie, że uregulowałem/am wszystkie opłaty abonamentowe za okres trwania Umowy lub zobowiązuje się do uiszczenia zaległych opłat nie później niż w terminie czternastu dni od chwili rozwiązania Umowy oraz dopełnił wszelkich obowiązków przewidzianych postanowieniami Umowy i Regulaminu Świadczenia Usług Telekomunikacyjnych.

podpis Operatora

podpis Abonenta

DATA WPŁYNIĘCIA WYPOWIEDZENIA: _ _ _ _ - _ _ - _ _