

Imię i nazwisko Abonenta

VECTRA

Dotychczasowy adres świadczenia Usług

Miejscowość i data

Nr ewidencyjny Abonenta

WNIOSEK O ZMIANĘ MIEJSCA ŚWIADCZENIA USŁUG

Proszę o przeniesienie Usług:

z adresu:

na nowy adres:

Adres do korespondencji:

Akceptuję koszt usługi w wysokości 99 zł brutto.

Czytelny podpis Abonenta