

## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

Umowa nr

Data:

Zawarta pomiędzy: Fortum Marketing and Sales Polska Spółka Akcyjna, ul. Heweliusza 9, 80-890 Gdańsk, Kapitał Zakładowy i wpłacony: 69 748 036 zł, NIP 7811861610, REGON 301677244, KRS 0000378299, Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy KRS, reprezentowaną przez:

**Macieja Kościńskiego – Dyrektora ds. Segmentu B2C**

a Klientem:

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania firmy

Imię

Nazwisko

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Adres korespondencyjny (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania) - jeżeli jest inny niż zamieszkania

PESEL

Adres e-mail:

Telefon

Akceptuje otrzymywanie e-faktury na podany adres e-mail

Proponowane pakiety	Miesięczna opłata (brutto)	Wybór PAKIETU (podpis przy wybranym pakiecie)	
		Okres obowiązywania Umowy 24 miesiące od daty uzyskania uprawnień	
Pakiet Indywidualny Podstawowy	48 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Indywidualny Rozszerzony	72 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Indywidualny Rozszerzony Plus	111 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Indywidualny Kompleksowy	135 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Partnerski Rozszerzony	133 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Partnerski Rozszerzony Plus	195 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Rodzinny Rozszerzony	165 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Rodzinny Rozszerzony Plus	309 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Rodzinny Kompleksowy	353 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Senior Indywidualny	101 zł	<input type="checkbox"/>	
Pakiet Senior Partnerski	173 zł	<input type="checkbox"/>	

## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

### WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE URUCHOMIENIA I KORZYSTANIA z usług medycznych świadczonych przez LUX MED

- Data uzyskania uprawnień - Prawo do świadczenia usług medycznych przez LUX MED działa od 1-ego dnia miesiąca kalendarzowego:
  1. następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym zawarto Umowę – jeżeli do zawarcia Umowy doszło najpóźniej 24-ego dnia danego miesiąca kalendarzowego, albo
  2. będącego 2-im miesiącem po miesiącu kalendarzowym, w którym zawarto Umowę – jeżeli do zawarcia Umowy doszło po 24-ym dniu danego miesiąca kalendarzowego.
- Przez zawarcie Umowy rozumie się:
  1. otrzymania przez Fortum podpisanego przez Klienta egzemplarza Umowy (w przypadku zawarcia Umowy w formie pisemnej) lub
  2. potwierdzenia telefonicznego lub mailowego (w przypadku zawarcia Umowy telefonicznie/e-mailowo) lub
  3. potwierdzenia dokonania w systemie Autenti (w przypadku zawarcia Umowy za pomocą tego systemu).
- Powyższe terminy obowiązują w przypadku przekazania Fortum Umowy kompletnej, czyli uzupełnionej o wszelkie dane niezbędne do jej realizacji - tj. imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL, nr telefonu oraz adres mailowy.
- O terminie uzyskania uprawnień zostaną Państwo poinformowani poprzez wiadomość SMS.
- Prosimy o terminowe wpłaty.
- W celu rezerwacji wizyty, prosimy o kontakt z Infolinią LUX MED pod numerem 22 33 22 888 lub za pośrednictwem portalu pacjenta [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl)
- W celu umówienia wizyty w placówkach partnerskich LUX MED należy kontaktować się osobiście lub telefonicznie z wybraną placówką.
- Zachęcamy do regularnego odwiedzania strony [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl), na której można znaleźć aktualną listę placówek.
- W razie pytań dotyczących zakresu świadczeń, zawartej umowy, terminu uruchomienia lub płatności prosimy o kontakt na adres e-mail: [infopolska@fortum.com](mailto:infopolska@fortum.com) lub pod nr +48 122 100 000

### Klient oświadcza:

1. Zgoda na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną.  
Wyrażam zgodę, aby Fortum Marketing and Sales Polska S.A. z siedzibą w Gdańsku (ul. Heweliusza 9, 80-890 Gdańsk) przesyłała mi informacje handlowe za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną). Wiem, że w każdym czasie mam prawo do wycofania swojej zgody.
2. Zgoda na kontakt telefoniczny i SMS  
Wyrażam zgodę, aby Fortum Marketing and Sales Polska S.A. z siedzibą w Gdańsku (ul. Heweliusza 9, 80-890 Gdańsk) przekazywała mi oferty marketingowe przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących, tj. m.in. poprzez rozmowy telefoniczne, wiadomości SMS, MMS, faks (zgodnie z ustawą z dnia 16 lipca 2004r. – Prawo telekomunikacyjne). Wiem, że w każdym czasie mam prawo do wycofania swojej zgody.

### Klauzula informacyjna:

W związku z pozyskaniem Państwa danych osobowych informujemy, że:

- a. Administratorem Państwa danych osobowych jest Fortum Marketing and Sales Polska S.A. z siedzibą w Gdańsku (dane adresowe w stopce niniejszej Umowy) oraz LUX MED.
- b. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia Umowy i wypełnienia jej warunków oraz realizowania prawnie uzasadnionych interesów Administratora.
- c. Mają Państwo prawo do:
  - dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
  - wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych Klienta przez Fortum oraz LUX MED znajdują się tutaj: [www.fortum.pl/obowiazek-informacyjny](http://www.fortum.pl/obowiazek-informacyjny). Zachęcamy do zapoznania się z pełną informacją.

Integralną część niniejszej Umowy stanowi:

- Zakres świadczeń Usług Opieki Medycznej przez LUX MED
- Wzór oświadczenia o odstąpieniu od umowy.
- Ogólne Warunki Świadczenia Usług
- Dodatkowe Dane do Umowy

Na stronie Fortum:

- Lista placówek własnych LUX MED
- Standardy dostępności, Regulamin refundacji, Formularz refundacji

## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

### Definicje

- Dziecko** – dziecko własne Osoby Uprawnionej (Pacjenta), jego Współmałżonka albo jego Partnera życiowego, a także dziecko przez nich przysposobione, które w dniu przystąpienia do Umowy nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku uczęszczania przez Dziecko do szkoły (w rozumieniu art. 2 pkt. 2) ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz.U.2004.256.2572 ze zm.) oraz do szkoły wyższej (w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2005.164.1365 ze zm.)) – nie ukończyło 24 roku życia, objęte opieką w Pakiecie Partnerskim lub Rodzinnym jako Członek Rodziny;
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę;
- Fortum** – podmiot zapewniający dostęp do abonamentowej opieki medycznej w oparciu o placówkę LUX MED, którym jest Fortum Marketing and Sales Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Gdańsku (80-890) przy ul. Heweliusza 9, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000378299, NIP 78118616190, REGON 301677244, o kapitale zakładowym wpłaconym w całości: 69 748 036 zł;
- Oплата** – należność Fortum za usługę Opieki Medycznej uzależniona od wybranej przez Klienta wersji pakietu. Za okres rozliczeniowy Strony przyjmują jeden miesiąc kalendarzowy;
- Opieka Medyczna** – prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych świadczonych przez LUX MED w zakresie ustalonym w pakiecie medycznym wybranym przez Klienta;
- Osoba Uprawniona albo Pacjent** – osoba fizyczna będąca beneficjentem Opieki Medycznej na mocy niniejszej Umowy;
- Pakiet Indywidualny** – pakiet medyczny, w ramach którego Opieką Medyczną objęty jest Klient;
- Pakiet Partnerski** – pakiet medyczny, w ramach którego Opieką Medyczną objęty jest Klient oraz Współmałżonek/Partner życiowy lub jedno Dziecko;
- Pakiet Rodzinny** – pakiet, w ramach którego, na zasadach określonych w Umowie, opieką medyczną objęta jest Osoba Uprawniona (Pacjent) w wieku 18-65 lat oraz Członkowie rodziny: współmałżonka/Partner życiowy w wieku 18-65 lat oraz Dzieci do 26 lat;
- Placówki Własne** – ogólnodostępne ambulatoryjne Placówki medyczne działające pod marką LUX MED i Medycyna Rodzinna, wskazane na [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl);
- Placówki Współpracujące** – placówki podmiotów wykonujących działalność leczniczą, współpracujących z LUX MED, których aktualna lista jest dostępna na stronie internetowej <http://www.luxmed.pl/placowki700>
- Partner życiowy** – osoba prowadząca z Klientem wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Klientem w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym takim, jak przysposobienie lub powinowactwo;
- Portal Pacjenta** – usługa elektroniczna świadczona przez LUX MED Osobom Uprawnionym, dostępna pod adresem internetowym [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl), w ramach której Osoba Uprawniona ma możliwość m.in. umawiania i odwoływania wizyt, podglądu wizyt zarezerwowanych i odbytych, podglądu wystawionych skierowań, dostępu do E-Karty oraz innych funkcjonalności udostępnionych przez LUX MED;
- Usługa** – usługa Opieki Medycznej świadczona przez LUX MED na podstawie Umowy z Klientem;
- Zakres Świadczeń** – zakres świadczeń zdrowotnych zawartych w Umowie, przysługujących danej Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) wraz z warunkami ich wykonania zawartymi w Umowie oraz w Ogólnych Warunkach Świadczenia Usług (OWSU) stanowiących załącznik do Umowy.

### Rozdział I – Postanowienia Ogólne

- Na podstawie niniejszej umowy Fortum Marketing and Sales Polska S.A. z siedzibą w Gdańsku przy ul. Heweliusza 9, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000378299, NIP 78118616190, REGON 301677244 (zwana dalej FORTUM) zawiera z Klientem umowę dostępu do abonamentowej opieki medycznej w oparciu o placówkę LUX MED i/ albo Medycyny Rodzinnej będące częścią Grupy LUX MED (zwaną dalej Umową).
- Umowa może być zawarta na rzecz osoby trzeciej, będącej osobą fizyczną, na warunkach określonych w Umowie.
- W przypadku zawarcia Umowy na rzecz osoby trzeciej, obowiązek uiszczenia Opłaty spoczywa na Kliencie.
- W sprawach nieuregulowanych w Umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

### Rozdział II – zawarcie Umowy i czas jej trwania

- Umowa zostaje zawarta na okres **24 miesięcy**, licząc od Daty uzyskania uprawnień.
- Umowa po upływie 24 miesięcy przekształca się w umowę zawartą na czas nieokreślony.
- Każda ze stron może rozwiązać Umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia za skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem pkt 4 poniżej.
- W przypadku jednak rozwiązania Umowy wskutek jej wypowiedzenia przez Klienta przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Klient będzie zobowiązany do zapłaty na rzecz Fortum kary umownej w wysokości 50% wartości miesięcznej Opłaty za zakupiony Pakiet Medyczny za każdy miesiąc, który pozostał do końca okresu wskazanego w pkt 1 powyżej.

### Rozdział III – Uruchomienie. Płatności. Terminy

- Konsument, który zawarł Umowę na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa, **może w terminie 14 dni od jej zawarcia odstąpić od niej** bez podawania przyczyny i bez ponoszenia kosztów z tego tytułu. Wzór oświadczenia o odstąpieniu od Umowy stanowi załącznik do niniejszej Umowy.
- Fortum naliczać będzie Opłaty za Usługi z góry, za dany okres rozliczeniowy korzystania z Usługi. Faktura za Usługę zostanie wystawiona do 5 dnia okresu rozliczeniowego.
- Klient zobowiązany jest regulować Opłaty w terminach wskazanych na Fakturze, przy czym termin płatności nie będzie krótszy niż 10 dni od daty doręczenia Faktury.
- Faktury będą wysyłane do Klienta przez Fortum elektronicznie na wskazany przez Klienta adres e-mail lub w formie papierowej na adres korespondencyjny podany w Umowie.
- Za termin dokonania płatności uznaje się dzień wpływu środków pieniężnych na rachunek bankowy Fortum. W razie powstania zaległości w płatnościach Fortum może zarachować dokonane przez Klienta wpłaty pieniężne w pierwszej kolejności na poczet odsetek od płatności uregulowanych z opóźnieniem, a następnie na poczet najstarszych zobowiązań Klienta wynikających z Umowy.
- W przypadku opóźnienia w uiszczeniu Opłaty w całości lub w części, Fortum zastrzega sobie prawo naliczania Klientowi odsetek ustawowych za opóźnienie.
- W przypadku zalegania przez Klienta z uiszczeniem Opłaty przez okres 21 dni od terminu płatności wskazanego na fakturze, Fortum jest uprawniona do wypowiedzenia Klientowi Umowy w trybie natychmiastowym.
- W razie zalegania przez Klienta z płatnościami na rzecz Fortum, Fortum zastrzega sobie prawo do przekazania informacji o zaległościach do podmiotów współpracujących z Fortum w zakresie dochodzenia należności.

### Rozdział IV – Zakres świadczeń

- Termin wykonania świadczenia zdrowotnego w Placówkach Własnych LUX MED można zarezerwować osobiście w Placówce Własnej lub za pośrednictwem:
  - komunikatora e-center, który jest dostępny na stronie [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl);
  - aplikacji Portal Pacjenta, która jest dostępna na stronie [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl) – po założeniu specjalnego konta i dopełnieniu pozostałych formalności rejestracyjnych;
  - infolinii, pod numerem: 22 33 22 888;
  - innego sposobu wskazanego przez LUX MED.
- Termin wykonania świadczenia zdrowotnego w Placówkach Współpracujących LUX MED można zarezerwować osobiście w Placówce Współpracującej lub dzwoniąc bezpośrednio do Placówki Współpracującej lub w inny sposób wskazany przez LUX MED.
- Świadczenia zdrowotne przysługujące Osobie Uprawnionej są realizowane przez LUX MED w Placówkach Własnych oraz Placówkach Współpracujących w godzinach ich funkcjonowania na podstawie OWSU stanowiących załącznik do Umowy.
- Fortum nie ma dostępu do dokumentacji medycznej Osoby Uprawnionej.
- Fortum ma prawo wypowiedzenia Umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku, gdy Klient przekroczył limit wieku dla określonego pakietu uprawniającego Klienta do objęcia Opieką Medyczną.
- W przypadku, gdy - w dniu zawarcia niniejszej Umowy - Klient jest już związany z Fortum umową o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED („Dotychczasowa umowa”), to Dotychczasowa umowa ulega automatycznego rozwiązaniu z Datą uzyskania uprawnień z niniejszej Umowy, bez konieczności składania przez Strony dodatkowych oświadczeń.

## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

### Rozdział V – Postępowanie reklamacyjne

- Fortum zobowiązuje się do zapewnienia standardów jakościowych obsługi Klienta:
  - przestrzegania aktualnie obowiązujących przepisów prawa;
  - nieodpłatnego udzielenia informacji o zasadach rozliczeń.
- LUX MED zobowiązany jest do rozpatrywania zgłoszeń lub reklamacji Klienta w sprawach, których przedmiotem są kwestie medyczne w terminie do 14 dni od dnia przyjęcia reklamacji. W przypadkach, gdy wyjaśnienie reklamacji lub podjęcie decyzji nie jest możliwe w takim terminie – udzielana jest odpowiedź zawierająca informacje o wdrożeniu wyjaśnień, dotychczasowych ustaleniach, jeśli takie są, oraz o przewidywanym trybie rozpatrzenia.
- Klient może składać zgłoszenia lub reklamacje w formie pisemnej na adres: ul. Postępu 21C Warszawa 02-676 lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres mailowy: kontakt@luxmed.pl albo telefonicznie pod nr telefonu 22 33 22 888.
- Proces reklamacyjny nie zwalnia Klienta z obowiązku terminowego uiszczenia Opłat.
- Reklamacja powinna zawierać:
  - imię, nazwisko oraz PESEL Klienta zgłaszającego reklamację;
  - usługę, której reklamacja dotyczy;
  - przedmiot reklamacji z uzasadnieniem przyczyn jej wniesienia; datę i podpis reklamującego Klienta (w przypadku reklamacji składanej w formie pisemnej).

### Rozdział VI – Postanowienia końcowe

- Wszelkie świadczenia zdrowotne udzielane przez LUX MED podlegają przepisom prawa polskiego.
- Zmiana warunków Umowy lub wysokości Opłat wymaga przesłania nowej treści na adres korespondencyjny Klienta, co najmniej na 30 dni przed wejściem zmian w życie. Zmiana może nastąpić tylko z powodu zmiany przepisów prawa, w tym przepisów prawa podatkowego – w takim przypadku zmiana wysokości Opłat będzie pozostawała w proporcji do wzrostu kosztów realizacji Umowy.
- W razie zmiany warunków Umowy lub wysokości Opłat, postanowienia podlegające zmianie wchodzi w życie, jeśli Klient nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy, w terminie 14 dni od daty ich otrzymania. Jeśli Klient nie akceptuje przedstawionych zmian warunków, ma prawo do wypowiedzenia Umowy bez żadnych dodatkowych kosztów i odszkodowań. Umowa ulega wówczas rozwiązaniu z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym oświadczenie Klienta dotarło do Fortum. W przypadku jednak przekształcenia Umowy w umowę zawartą na czas nieokreślony Fortum może zaproponować zmianę warunków tej Umowy w każdym momencie, przesyłając Klientowi stosowną ofertę. Jeśli Klient akceptuje warunki zawarte w ofercie, wystarczającym sposobem poinformowania Fortum jest uiszczenie Opłaty w wysokości i terminie wskazanym w ofercie. Jeśli Klient nie akceptuje przedstawionych w ofercie warunków, ma prawo do wypowiedzenia umowy bez żadnych dodatkowych kosztów i odszkodowań. Umowa ulega wówczas rozwiązaniu z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym oświadczenie Klienta dotarło do Fortum.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszej Umowie mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
- Niniejsza wersja umowy obowiązuje od 1 listopada 2020r.

Potwierdzam warunki niniejszej Umowy, która zawiera 4 strony.



W imieniu sprzedawcy  
Fortum Marketing and Sales Polska S.A.



Oznaczenie Partnera



Data i czytelny podpis Odbiorcy

## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

### DODATKOWE DANE DO UMOWY

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek/dziecko/partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek/dziecko/partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek/dziecko/partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek/dziecko/partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek/dziecko/partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek/dziecko/partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu



## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

### OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY

Miejscowość:  Data:

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam że odstępuję od Umowy o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawartej w dniu ..... z FORTUM MARKETING AND SALES POLSKA S.A.

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

Imię

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

Nazwisko

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

PESEL

Miejscowość

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

Telefon\*

\*Podanie Pani/Pana numeru telefonu ułatwi nam kontakt w razie takiej potrzeby. Podanie tych danych jest w pełni dobrowolne.

Wypełnione oświadczenie należy odesłać na jeden z niżej wymienionych sposobów:

1. Listownie na adres: Fortum Marketing and Sales Polska Spółka Akcyjna, ul. Heweliusza 9, 80-890 Gdańsk
2. Mailowo na adres: [infopolska@fortum.com](mailto:infopolska@fortum.com)

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

Data i czytelny podpis Odbiorcy

Zgodnie z art. 27 ustawy o prawach konsumenta z dnia 30 maja 2014 r. konsument, który zawarł umowę na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa, może odstąpić od tej umowy w terminie 14 dni od dnia jej zawarcia bez podawania przyczyny i bez ponoszenia kosztów.

