

.....
(Nazwisko i imię Abonenta)

Warszawa, dnia

.....
(Adres Abonenta)

.....

P.P.U.H. „KRAWARKON” Sp. z o.o.

02-758 Warszawa

ul. Burgaska 2/4

REZYGNACJA Z TELEWIZJI KABLOWEJ

Proszę o rozwiązanie umowy na telewizję kablową z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, który upłynie z dniem (zgodnie z §4 Umowy).

.....
(Podpis Abonenta)

Telefon kontaktowy:

do opłacenia: