

FORMULARZ KONTAKTU

Dane Członka/Klienta Kasy Stefczyka:

Imię:.....

Nazwisko:

Nr członkowski/ Nr PESEL:

Treść zgłoszenia:

Oświadczam, iż zapoznałem się z Zasadami rozpatrywania reklamacji w Kasie Stefczyka.

Data i czytelny podpis osoby składającej zgłoszenie

(Członek/Klient Kasy lub osoba upoważniona)

Potwierdzam własnoręczność podpisu Członka/Klienta Kasy.
Data i podpis przedstawiciela Kasy oraz Pieczętka
placówki przyjmującej zgłoszenie