

FORMULARZ KONTAKTU

Dane Członka/Klienta Kasy Stefczyka:

Imię i nazwisko:

Nr członkowski/ Nr PESEL

E-mail:

Treść zgłoszenia:

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

TAK NIE Wnoszę o przesłanie odpowiedzi na zgłoszenie na podany wyżej adres mailowy

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