

Oświadczenie

o zapoznaniu się i akceptacji treści regulaminu usługi
związanej z korzystaniem z Cennika

Data

Dzień		Miesiąc		Rok					

Nr ewidencyjny lub nr płatnika

(Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami)

Dane Wnioskodawcy (osoby będącej stroną umowy)

Imię i nazwisko/ Firma	PESEL / NIP
Adres e-mail (wymagany w przypadku usług Muzyka 24H_Firma oraz Prąd plus e-firma)	

Adres punktu poboru

Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod pocztowy
Miejscowość	Pocztą		

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem/am się i w pełni akceptuję regulamin/ regulaminy¹ usługi/ usług związanej/ związanych z korzystaniem z Cennika określonego w umowie. Akceptacja jest dobrowolna, ale niezbędna w celu realizacji usługi/ usług związanej/ związanych z korzystaniem z Cennika określonego w umowie.

Podpis

W przypadku wybrania jednej z poniższych usług prosimy o złożenie podpisu również na drugiej stronie.

W przypadku usługi Muzyka 24H_Firma

Wyrażam zgodę na przesłanie kodu aktywacyjnego na adres e-mail wskazany w oświadczeniu.
Wyrażenie powyższej zgody jest dobrowolne, ale niezbędne dla realizacji usługi Muzyka 24H_Firma.

W przypadku usługi Prąd plus e-firma

Wyrażam zgodę na przesłanie kodu aktywacyjnego na adres e-mail wskazany w oświadczeniu.
Wyrażenie powyższej zgody jest dobrowolne, ale niezbędne w celu skorzystania z oferty „Prąd plus e-firma”

¹ dotyczy przypadku gdy z Cennikiem związanych jest kilka usług, dla których obowiązują odrębne regulaminy.

W przypadku usługi Zdrowie 24H_Firma

Dane osoby wskazanej do usługi Pomoc medyczna 24H_Firma (będącej elementem usługi Zdrowie 24H_Firma)

Imię i nazwisko

PESEL

Uwagi:

1. Osoba wskazana do usługi Pomoc medyczna 24H_Firma nie może być osobą inną niż osoba podpisująca niniejsze oświadczenie.
2. Jeżeli osoba podpisująca niniejsze oświadczenie jest jednocześnie Wnioskodawcą, to w powyższym polu należy podać imię i nazwisko oraz PESEL Wnioskodawcy.
3. Jeżeli osoba podpisująca niniejsze oświadczenie nie jest jednocześnie Wnioskodawcą, ale działa w jego imieniu i ma być osobą wskazaną do usługi Pomoc medyczna 24H_Firma, to w powyższym polu należy podać imię i nazwisko oraz PESEL osoby podpisującej oświadczenie.

Oświadczenia

1. W imieniu Wnioskodawcy oświadczam, że zapoznałem/am się i w pełni akceptuję Regulamin usługi Zdrowie 24H_Firma.
2. Jako osoba wskazana przez Wnioskodawcę do usługi Pomoc medyczna 24H_Firma (dotyczy tylko przypadku, w którym Wnioskodawca nie jest jednocześnie osobą podpisującą niniejsze oświadczenie):
 - a) wyrażam zgodę na świadczenie na moją rzecz usługi Pomoc medyczna 24H_Firma na zasadach wynikających z Regulaminu usługi Zdrowie 24H_Firma,
 - b) oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do reprezentowania Wnioskodawcy.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TAURON moich danych osobowych tj. imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu, adres e-mail, adres (Punktu Poboru Energii, korespondencyjny), numer ewidencyjny, numer płatnika, w związku z i w celu realizacji usługi Pomoc medyczna 24H_Firma, oraz na udostępnienie w/w moich danych Partnerowi TAURONA², który realizuje tą usługę.
2. Wyrażenie powyższych zgód jest dobrowolne, ale niezbędne dla realizacji usługi Pomoc medyczna 24H_Firma. Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu usługi Zdrowie 24H_Firma.

Podpis

² Partner TAURONA - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie (oraz jego podwykonawcy) realizujące usługę Zdrowie 24H_Firma oraz będącą jej elementem usługę Pomoc medyczna 24H_Firma, będące partnerem biznesowym TAURONA. Aktualna lista Partnera TAURONA oraz jego podwykonawców może zostać udostępniona na Państwa wniosek zgłoszony pod adresem e-mail Inspektora Danych Osobowych TAURONA: ts.iiod@tauron.pl