

## PEŁNOMOCNICTWO

Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami.

Ja, niżej podpisany

Imię i nazwisko Abonenta / nazwa firmy*:
--

Nr Abonenta:
PESEL/NIP*:
Telefon**:
e-mail**:

udzielam

Panu/Pani* imię i nazwisko:
PESEL:
Data urodzenia:
Nr i seria dowodu osobistego / paszportu*

pełnomocnictwa do dokonania w moimi imieniu następujących czynności:

- wyrażenia lub cofnięcia zgody na otrzymywanie od CANAL+ Polska S.A. rachunków w formie elektronicznej na adres e-mail;
- wyrażenia lub cofnięcia zgody na otrzymywanie informacji handlowych dotyczących CANAL+ Polska S.A. środkami komunikacji elektronicznej;
- wyrażenia lub cofnięcia zgody na używanie przez CANAL+ Polska S.A. telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego;
- wyrażenia lub cofnięcia zgody na dostęp przez CANAL+ Polska S.A. do danych z telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, za pomocą których Abonent korzysta z usług, w celu tworzenia profilu i przedstawienia oferty programowej dostosowanej do zainteresowań Abonenta, analiz oglądalności oraz rozwoju usług;
- wyrażenia lub cofnięcia zgody na przetwarzanie danych transmisyjnych dla celów marketingu usług telekomunikacyjnych CANAL+ Polska S.A.;
- wyrażenia zgody na otrzymywanie od CANAL+ Polska S.A informacji o proponowanej zmianie Umowy, w tym Regulaminu i Cennika oraz zmianie nazwy (firmy), adresu lub siedziby na email;
- wyrażenie zgody na potwierdzanie przez CANAL+ Polska S.A. przyjęcia reklamacji oraz przesłania odpowiedzi na nią na podany adres e-mail.

Pełnomocnictwo obowiązuje na czas określony do dnia...../nieokreślony.\*

\_\_\_\_\_  
Data i miejscowość

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Abonenta/Pieczątka firmy\*

\*Niepotrzebne skreślić. \*\*Pole niewymagane.