

.....  
(miejsowość, data)

Nr Klienta: .....

Imię i nazwisko: .....

Adres (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość:

.....  
.....

Telefon kontaktowy: .....

### PEŁNOMOCNICTWO\*

Ja niżej podpisana/y ....., ustanawiam  
Panią/Pana.....  
(tu prosimy wpisać Imię, Nazwisko oraz pełne dane teleadresowe osoby upoważnionej) jako Pełnomocnika.

Pełnomocnik jest uprawniony do uzyskiwania informacji o moim koncie Klienta oraz do składania dyspozycji dotyczących jego obsługi, w tym w szczególności w zakresie zrealizowanych zamówień, płatności (w tym ewentualnego zadłużenia), zgód marketingowych, a także ich zmiany oraz aktualizacji danych kontaktowych.

#### Upoważnienie do podejmowania decyzji o składaniu zamówień

(sekcja opcjonalna – proszę zaznaczyć tylko w uzasadnionych przypadkach )

Pełnomocnik jest upoważniony do podejmowania decyzji w zakresie zawierania umów, w tym wyrażania zgody na składanie zamówień przez Klienta.

W przypadku zaznaczenia niniejszej opcji realizacja nowego zamówienia może wymagać potwierdzenia przez Pełnomocnika.

.....  
**Własnoręczny podpis osoby upoważniającej**

*Pełnomocnictwo nie obejmuje: składania zamówień w imieniu Klienta, zmiany danych identyfikacyjnych Klienta (imię, nazwisko, data urodzenia, numer Klienta).*

*Natural Pharmaceuticals Sp. z o.o. jest uprawniona do realizowania dyspozycji składanych przez Pełnomocnika w zakresie wynikającym z niniejszego pełnomocnictwa. W przypadku sprzecznych dyspozycji Klienta i Pełnomocnika firma może wstrzymać realizację dyspozycji do czasu wyjaśnienia sytuacji.*

*Pełnomocnictwo może zostać odwołane przez Klienta w każdym czasie, w formie pisemnej.*