

.....

(miejscowość, 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.