

FULLMAKT UPPSÄGNING

Jag vill att C-SAM AB säger upp mitt nuvarande abonnemang som jag har med min operatör.

Härmed befullmäktigar jag C-SAM AB att, direkt eller genom ombud, säga upp mitt abonnemang med nedan angivna operatör snarast möjligt enligt den uppsägningstid som finns för abonnemanget. Fullmakten omfattar rätt för C-SAM AB att kontakta min nuvarande operatör och ta reda på uppsägningstid, slutdatum och å mina vägnar säga upp aktuella abonnemang såväl skriftligen som på annat sätt. Jag önskar vidare att min nuvarande operatör skickar en skriftlig bekräftelse på uppsägningen till C-SAM AB.

| | |
|-------------------------|---|
| Operatörens namn | Typ av abonnemang <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Bredband <input type="checkbox"/> Telefoni |
| Kundnummer hos operatör | Typ av anslutning <input type="checkbox"/> LAN <input type="checkbox"/> Kabel-TV <input type="checkbox"/> Telejacket |

| | |
|------------|----------------------------|
| Namn | Personnummer (tio siffror) |
| Adress | Telefonnummer |
| Postadress | E-postadress |

| | |
|-------|-------------|
| Datum | Underskrift |
|-------|-------------|

Viktigt! Det är abonnemangsinnehavaren som ska underteckna fullmakten. Skriv tydligt, texta gärna. Fullmakten skickas kostnadsfritt i det medföljande svarskuvertet.