



ΠΡΟΣ: Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών  
Λεωφ. Ανδρέα Συγγρού 128, 117 45, Αθήνα  
Τηλ.: 11300, 216 3001000, Fax: 210 4283424  
www.volton.gr - cs@volton.gr

Συμπληρώστε το παρακάτω έντυπο και στείλτε το με fax: 210-4283424 ή στο email: cs@volton.gr

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΕΠΩΝΥΜΙΑ:

ΑΦΜ:

EMAIL:

FAX:

ΤΗΛ:

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ:

ΟΔΟΣ:

Τ.Κ.:

ΠΟΛΗ:

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

ΗΜ/ΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ:

ΛΟΓΟΣ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από το ν.1599/1986, βεβαιώνω ότι όλα τα στοιχεία που αναγράφονται στην παρούσα δήλωση είναι αληθή και ακριβή και αναγνωρίζω το δικαίωμα της Volton Α.Ε. να επαληθεύσει την ακρίβεια των παραπάνω στοιχείων.

#### ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Η προθεσμία άσκησης του δικαιώματος υπαναχώρησης καθορίζεται σε δεκατέσσερις (14) ημερολογιακές ημέρες μετά την υπογραφή της Σύμβασης Προμήθειας από τον Πελάτη.

Ημερομηνία: ..... / ..... / .....

Ο ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ