

UKONČENÍ SMLOUVY Č. _____

Zákazník

jméno/název: _____

se sídlem: _____

IČO: _____

zastoupený: _____

Zákazník tímto níže uvedeného dne jednostranně ukončuje Smlouvu o podmínkách poskytnutí a používání Palivových karet s názvem „PROFIT KARTA“ (dále jen „Smlouva“) uzavřenou s poskytovatelem PaySystem, s.r.o., se sídlem Westend Plaza, Lamačská cesta 3/B, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47858192 (dále jen „Poskytovatel“). Zákazník jednostranně ukončuje Smlouvu prostřednictvím:

Zvolte	Způsob ukončení Smlouvy	Související informace
	Výpovědi dle čl. 5.4 písm. a) VOP	Výpověď Smlouvy bez udání důvodu, Výpovědní doba činí 1 kalendářní měsíc a začíná běžet prvního dne měsíce následujícího po doručení této výpovědi Poskytovateli. Zákazník je povinen doručit Poskytovateli nejpozději poslední den výpovědní doby všechny převzaté Palivové karty.
	Výpovědi dle čl. 5.4 písm. b) VOP	Výpověď z důvodu oznámené změny VOP nebo Ceníku, se kterou Zákazník nesouhlasí. Výpovědní doba uplyne den předcházející před nabytím účinnosti takové změny VOP nebo Ceníku.
	Odstoupení od Smlouvy dle čl. 5.5 písm. a) VOP	Odstoupení od Smlouvy z důvodu jejího podstatného porušení Poskytovatelem (nefunkčnost Palivových karet vydaných Zákazníkovi po dobu delší než třicet kalendářních dnů, porušení stanovené povinnosti mlčenlivosti Poskytovatelem) Zákazník uvádí následující důvod pro odstoupení od Smlouvy:

SEZNAM PALIVOVÝCH KARET VRÁCENÝCH POSKYTOVATELI PŘI UKONČENÍ SMLOUVY:

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

9203 1219 0003 _____

Případné poznámky k vráceným Palivovým kartám:

Datum, razítko a podpis Zákazníka
(u právnických osob statutární orgán nebo prokurista
dle OR)

Datum, razítko a podpis Kontaktního místa
(pouze při osobní návštěvě)