

# Deklaracja zmiany danych Klienta

## Dotychczasowe dane Klienta:

Nazwa firmy: \_\_\_\_\_

NIP lub REGON: \_\_\_\_\_

## Zmiana nazwy firmy/numeru NIP/REGON:

Nazwa firmy: \_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_

REGON: \_\_\_\_\_

## Zmiana adresu firmy:

Siedziby: \_\_\_\_\_

Korespondencyjnego: \_\_\_\_\_

## Zmiana osoby upoważnionej do kontaktu/Użytkownika Portalu Klienta Grupowego:

Działając jako osoba upoważniona do reprezentowania Klienta, oświadczam, że z dniem \_\_\_\_\_ nastąpiła zmiana osób upoważnionych do kontaktu z LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna Oddział w Polsce wskazanych w umowie.

### Wykreślenie:

Imię i nazwisko, telefon, adres e-mail:

### Dodanie:

Imię i nazwisko, telefon, adres e-mail:

## Zmiana adresu do wysyłki ION:

**Uwaga:** Zmiana nastąpi od kolejnego miesiąca rozliczeniowego od wplynięcia deklaracji.

Nowy adres e-mail do wysyłki ION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data i podpis\*

\*Dokument powinien być podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Klienta.

**LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.**  
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED 

[luxmed.pl](http://luxmed.pl)

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce  
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa  
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie  
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego  
KRS: 0000395438

NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729  
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro