Formularz aktywacji usługi
ZDALNY DOSTĘP w SM Swarzędz

imię i nazwisko	
adres lokalu do usługi ZD	

nr tel. komórkowego	PESEL

adres e-mail

indeks lokalu	wypełnia pracownik SM

Oświadczam, że znam i akceptuję warunki regulaminu korzystania z usługi "ZDALNY DOSTĘP".
Wyrażam zgode na wysłanie hasła oraz przesyłanie informacji na mój adres e-mail,
a także krótkich komunikatów alarmowych na telefon komórkowy.

SWARZĘDZ

.....
data i podpis

Potwierdzam zgodność danych z dowodem osobistym .....
podpis pracownika SM