

Doručeno dne:

STAR INSURANCE GROUP, s.r.o.

se sídlem: U zákrutu 1778/5, 106 00 Praha 10, IČ: 07749589
 Zapsána v OR, vedeného MS v Praze, oddíl C., vložka 306444
 e-mail: info@starinsurance.cz, www.starinsurance.cz
 (dále jen „samostatný zprostředkovatel,“)

Žadatel:

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
ICO	Název právnické osoby, označení fyzické osoby podnikatele	Datum narození	
Místo trvalého pobytu / sídlo společnosti (ulice, číslo popisné, PSC, obec)			
OP PAS	Číslo dokladu	Platný do	Vydal

Zástupce žadatele

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
OP PAS	Číslo dokladu	Platný do	Vydal

Pokud zástupce žadatele vystupuje na základě plné moci, přikládá se originál plné moci zástupce žadatele

Adresa pro zaslání odpovědi

Při uplatnění práva na přenos jinému správci uveďte i jméno adresáta

Příjmení	Jméno
----------	-------

Vyberte preferovaný způsob komunikace, jak získat odpověď na Vaši žádost

Korespondenční adresa (ulice, číslo popisné, PSC, obec)	
E-mail	Mobilní telefon

Žádám o:

Přílohy (například plná moc, vlastní žádost,...)

Pokud jste zasílací adresu neuvedl, použijeme adresu vašeho trvalého pobytu, resp. Vašeho zástupce.
 Na této adrese s Vámi budeme ve věci žádosti i jinak jednat, např. Vám na ni můžeme zaslat údaje, které vyžadujete zpřístupnit nebo přenést.

V: dne:

podpis žadatele

podpis osoby pověřené k převzetí žádosti