



Начальнику відділу підтримки продажів СМБ
невідокремленого структурного підрозділу
ПрАТ «Датагруп»

Абонента
Договір №
Адреса:
Контактний телефон:

Заява

Просимо з «_____» _____ 202__ року припинити дію Договору №
_____ від _____ р. у зв'язку з _____

Оплату за отримані послуги гарантуємо до «_____» _____ 202__ року.

(дата оформлення заяви)

_____/_____/_____
(підпис та ПІБ м.п.)