

## טופס בקשה לקבלת מידע

שלום,

זהו טופס לקבלת מידע המצוי אודותיך בסלקום ישראל בע"מ.

יש למלא את הפרטים בטופס, לחתום על ההצהרה שבתחתיתו, לצרף צילום תעודת זהות ולשלוח לסלקום באחד מן האמצעים הבאים:

בדואר אלקטרוני, לכתובת: request@cellcom.co.il

בפקס', למס': 052-9980277

בדואר, לכתובת: הגביש 10 נתניה ת.ד 4060 מיקוד 4250708

אם המידע מתייחס לאדם המצוי בהשגחת אפוטרופוס, יש להגיש את הבקשה על ידי האפוטרופוס בצירוף אישור רלוונטי.

ככל שהבקשה מוגשת על ידי מיופה כוח יש לצרף לה יפויי כוח ערוך ומאומת כדין.

החברה תבחן את בקשת המידע, וככל שהנך זכאי/ת לקבל את המידע על פי כל דין (לרבות בהתאם לחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981), העתק המידע המבוקש יועבר אליך בתוך 30 ימי עסקים ממועד קבלת בקשתך.

| פרטים אישיים   |  |
|--|--|
| שם מלא   |  |
| כתובת  |  |
| מספר תעודת זהות  |  |
| ארבע ספרות אחרונות של כרטיס האשראי או מספר חשבון בנק המשמשים לצורך תשלום.<br>ככל שמוגדר לך קוד זיהוי מחמיר יש לציין גם את קוד הזיהוי המחמיר.   |  |
| מס' טלפון  |  |
| אנא פרט/י מהו המידע שברצונך לקבל.<br>לצורך הקלה ופישוט ההליך, אנא נסה/י להיות ספציפי ככל האפשר, וככל שיש באפשרותך, ציין/ני את המועד הרלוונטי של פריט המידע המבוקש                                |  |
| אנא ציין כתובת דוא"ל אליה הנך מבקש לקבל את המידע. לתשומת ליבך: במידה והעתק המידע המבוקש אינו ניתן להעברה בדרך זו, אנו נעדכן אותך (בכתב או בע"פ) לטלפון שתציין/ני בטופס, לצורך תיאום העברת המידע. |  |

### הצהרה

אני מאשר/ת כי המידע המבוקש בטופס זה הוא מידע על אודותיי (או על אדם המצוי בהשגחתי כאפטרופוס או על אדם שייפה את כוחי להגיש את הבקשה בשמו), וכי המידע שמסרת/י בטופס זה נכון ומדויק.

לטופס זה מצורף צילום של תעודת הזהות שלי (ובמקרה של בקשה המוגשת מטעם אפטרופוס או מיופה כח, האישור הרלוונטי)

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_