Smiles Connect

Pemberitahuan Pembatalan Paket Awal

Dengan ini saya membatalkan kontrak berikut ini:

Nama lengkap pemegang paket: _____

Alamat email (yang terdaftar di Smiles): _____

Alamat pemegang paket: _____

_____

Tanda tangan pemegang paket: _____

Tanggal permintaan pembatalan (YYYY/MM/DD): _____/_____/_____

Jangan pernah berjalan sendirian.
Berbagi momen.
Berbagi Senyum.

ADA PERTANYAAN ATAU MASALAH?
Kami akan membantu Anda.
Hubungi tim dukungan pelanggan multibahasa kami di:
smilesconnect.com/contact-us/

*Formulir ini akan dikirimkan ke Digital Wallet Solutions Corporation.