

ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Nazwisko i imię:

Adres:

PESEL/data urodzenia:

NIP

Miejsce opieki

Telefon

Proszę o objęcie abonamentem medycznym od dnia..... w ramach pakietu:

- ZDROWIE Wariant 2 – 75,70 zł
- ZDROWIE RODZINA Wariant 2 – 156,50 zł (proszę wypełnić część II zgłoszenia)
- Wyrażam zgodę na potrącanie składki na abonament medyczny w wysokości zł łącznie z uposażenia lub wynagrodzenia na konto:

26 1140 2017 0000 4102 1221 5150

Kancelaria Finansowo Ubezpieczeniowa Krzysztof Szpakowski

93-259 Łódź, ul. Umińskiego 6/18

- Oświadczam, że składkę na abonament medyczny w wysokościzł łącznie będę opłacał indywidualnie na konto:

26 1140 2017 0000 4102 1221 5150

Kancelaria Finansowo Ubezpieczeniowa Krzysztof Szpakowski

93-259 Łódź, ul. Umińskiego 6/18

Oświadczam, że zapoznałam/em się z owu i zakresem opieki medycznej. Przyjmuję waloryzację raz w roku w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towaru i usług tzw. "inflacja" ogłaszany przez GUS.

Minimalny okres uczestnictwa w programie 12 miesięcy. Zaprzestanie opłacanie składek w okresie 12 miesięcy od dnia przystąpienia do zobowiązanie beneficjenta programu do zapłaty na rzecz Zleceniodawcy kary umownej w wysokości stanowiącej równowartość brakującej składki do końca 12 miesięcznego okresu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia w celu oceny ryzyka i wykonywania umowy opieki medycznej, a także w celach analitycznych.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że moje dane we Wniosku będą wykorzystane w celu wykonania umowy opieki medycznej, a także w celu analitycznym.

.....

podpis

„PAKIET RODZINA”

Proszę o objęcie abonamentem medycznym:

od dnia..... roku następujące osoby¹:

Współmałżonka (partnera)

Dziecka (do 26 roku życia)

1. Imię i nazwisko:

Miejsce zamieszkania

PESEL:

Telefon

2. Imię i nazwisko:

Miejsce zamieszkania

PESEL:

Telefon

3. Imię i nazwisko:

Miejsce zamieszkania

PESEL:

Telefon

4. Imię i nazwisko:

Miejsce zamieszkania

PESEL:

Telefon

.....
podpis