

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O ZWROT KOSZTÓW USŁUGI:

Uwaga: należy podać pełną nazwę zrealizowanej usługi. Przykłady: konsultacja endokrynologa, USG biopsja sutków, usunięcie zmian skórnych - elektrokoagulacja, 2 zmiany.

ZREALIZOWANEJ DLA:

imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL pacjenta

nr telefonu pacjenta/opiekuna

adres pacjenta

W PLACÓWCE:

pełna nazwa placówki

adres placówki

w dniu

Powodem realizacji usługi na fakturę jest

Koszt usługi zgodnie z załączoną fakturą VAT wyniósł:

zł brutto.

Jednocześnie potwierdzam, iż znam warunki zwrotu kosztów usługi zrealizowanej na fakturę, czyli:

- usługa jest objęta pakietem pacjenta;
- usługa wymieniona na fakturze VAT została zgłoszona do Call Center enel-med;
- usługa została zrealizowana w ciągu dni od dnia otrzymania zgody z Call Center enel-med;
- zwrot kosztu usługi nie przekracza kosztu ustalonego z Call Center enel-med;
- w przypadku usług z zakresu stomatologii i rehabilitacji załączony jest szczegółowy wykaz zrealizowanych usług wraz z cenami jednostkowymi (zamieszczony na fakturze VAT lub dołączony do wniosku);
- faktura VAT jest oryginałem, wystawiona na Centrum Medyczne ENEL-MED, S.A., ul. Słomińskiego 19 lok.524, 00-195 Warszawa, NIP: 524-259-33-60 lub jest fakturą VAT imienną na pacjenta lub opiekuna prawnego (faktura uproszczona nie jest honorowana);
- faktura VAT została przysłana do Departamentu Administracji Klientów enel-med maksymalnie w ciągu 2 miesięcy od dnia zrealizowania usługi.

Uwaga: powyższe warunki muszą być spełnione łącznie.

ZWROT KOSZTÓW JEST DOKONYWANY WYŁĄCZNIE PRZELEWEM NA RACHUNEK BANKOWY

(nie realizujemy zwrotu kosztów w żadnej innej formie np. gotówką lub przekazem pocztowym). Proszę wypełnić dane poniżej:

nr rachunku bankowego

nazwa banku

właściciel rachunku

adres właściciela rachunku

miejsowość i data

czytelny podpis pacjenta

czytelny podpis i nr karty opiekuna prawnego w przypadku pacjenta niepełnoletniego