

ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ ENEL – MED.

Nazwisko i imię:

Adres:

PESEL/data urodzenia:

Miejsce opieki

Telefon / mail

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

- ☐ PAKIET INDYWIDUALNY Wpisać nazwę – składka wysokość Zł
- ☐ PAKIET PARTNERSKI Wpisać nazwę – składka wysokość Zł
- ☐ PAKIET RODZINNY Wpisać nazwę – składka wysokość Zł

- ☐ Oświadczam, że składkę na abonament medyczny w wysokościZł łącznie będę opłacał indywidualnie na konto wskazane przez Kancelarię Brokerską KING BROKER w terminie do 05-go dnia każdego miesiąca

- ☐ Konto numer KING BROKER S.C.

79 1940 1076 3000 4038 0000 0000

Oświadczam, że zapoznałam/em się z owu i zakresem opieki medycznej. Przyjmuję waloryzację raz w roku wg rocznego wskaźnika wzrostu, przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej dla całej służby zdrowia, obowiązującego w sektorze „Ochrona Zdrowia i Pomoc Społeczna”, publikowanego przez GUS w opracowaniu „Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej” w tabeli „Wynagrodzenia według sekcji gospodarki narodowej”.

Minimalny okres uczestnictwa w programie 12 miesięcy..

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów zawartych w powyższym zgłoszeniu. Oświadczam, że otrzymałem ogólne warunki.

.....
podpis

Dane współmałżonka/ partnera życiowego

Adres:

PESEL/data urodzenia:

Miejsce opieki

Telefon / mail

Dane dziecka

Adres:

PESEL/data urodzenia:

Miejsce opieki

Telefon / mail

Dane dziecka

Adres:

PESEL/data urodzenia:

Miejsce opieki

Telefon / mail

Dane dziecka

Adres:

PESEL/data urodzenia:

Miejsce opieki

Telefon / mail

Dane dziecka

Adres:

PESEL/data urodzenia:

Miejsce opieki

Telefon / mail