enel-med

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA PRACOWNIKA DO PROGRAMU MEDYCZNEGO ENEL-CARE: UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zleceniodawca: Organizacja Międzyzakładowa NSZZ „Solidarność” Funkcjonariuszy i Pracowników Policji Regionu Śląsko-Dąbrowskiego

Program: Grupowy Program Medyczny dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji

Dane Funkcjonariusza / Pracownika

Imię

Nazwisko

PESEL Data urodzenia – –

Jednostka (KWP, KMP, KPP)

Adres zamieszkania

Kod pocztowy – Miejscowość

Ulica, nr domu nr mieszkania

Tel. komórkowy – –

e-mail:

Program medyczny

	BASIC	CLASSIC	STANDARD	PREMIUM	SENIOR
Indywidualny	☐ 29,00 zł	☐ 50,00 zł	☐ 60,00 zł	☐ 88,00 zł	☐ 108,00 zł
Partnerski (1+1)	☐ 58,00 zł	☐ 100,00 zł	☐ 120,00 zł	☐ 176,00 zł	
Rodzinny 2 dorosłych + dzieci	☐ 95,00 zł	☐ 135,00 zł	☐ 161,00 zł	☐ 229,00 zł	
Razem składka:					zł

Dane pełnoletniej osoby zgłaszanej do wariantu Partnerskiego lub Rodzinnego

Imię

Nazwisko

PESEL Data urodzenia – –

Stopień pokrewieństwa

Adres zamieszkania*

Kod pocztowy – Miejscowość

Ulica, nr domu nr mieszkania

Tel. komórkowy – –

e-mail:

Verte ->

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA PRACOWNIKA DO PROGRAMU MEDYCZNEGO ENEL-CARE: UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Dane dzieci zgłaszanych do wariantu Rodzinnego lub osób do wariantu SENIOR

Osoba 1

Imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia – –

Stopień pokrewieństwa

Numer telefonu –

Adres zamieszkania*

Kod pocztowy – Miejscowość

Ulica, nr domu nr mieszkania

Osoba 2

Imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia – –

Stopień pokrewieństwa

Numer telefonu –

Adres zamieszkania*

Kod pocztowy – Miejscowość

Ulica, nr domu nr mieszkania

Osoba 3

Imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia – –

Stopień pokrewieństwa

Numer telefonu –

Adres zamieszkania*

Kod pocztowy – Miejscowość

Ulica, nr domu nr mieszkania

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Medycznym ENEL-MED S.A (dalej: „Enel-Med") związku, adres: ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa - jako Administratora Danych Osobowych (dalej: „Administrator"), moich danych osobowych w zakresie danych kontaktowych: imienia i nazwiska, adresu zamieszkania lub miejsca pracy, numeru telefonu lub adresu e-mail, a także numeru dowodu osobistego, numeru pesel w celach ubezpieczeniowych i realizacją obowiązujących umów i przepisów prawa.

Data – –

Podpis

* Adres zamieszkania osoby dorosłej, dziecka, seniora proszę wypełnić, gdy różni się od adresu funkcjonariusza / pracownika.
W przypadku większej ilości zgłaszanych osób proszę uzupełnić tylko druga stronę kolejnej deklaracji.