



ZGŁOSZENIE PRZYSTĄPIENIA DO OPIEKI ZDROWOTNEJ LUX MED

od dnia

Imię i nazwisko pracownika:

Data urodzenia: PESEL:

Adres zamieszkania:

Zwracam się z prośbą :

(prosimy o wstawienie poniżej znaku „X” w odpowiednie pole zgodne z Państwa wyborem)

o objęcie mnie opieką medyczną w ramach „Pakietu Pracowniczego” pakietu:

- I – o wartości 27,28 zł brutto
- II – o wartości 74,40 zł brutto
- III – o wartości 97,96 zł brutto
- IV – o wartości 116,56 zł brutto
- V – o wartości 140,12 zł brutto

o objęcie opieką medyczną członka mojej rodziny w ramach „Pakietu Partnerskiego”

(„Pakiet Partnerski” - małżonek albo partner życiowy pracownika albo jedno dziecko własne pracownika, przysposobione, przyjęte na wychowanie albo pasierb, które nie ukończyło 26 roku życia) – pakiet nie może być wyższy niż „Pakiet Pracowniczy”

- I – o wartości 27,28 zł brutto
- II – o wartości 62,00 zł brutto
- III – o wartości 80,60 zł brutto
- IV – o wartości 107,88 zł brutto
- V – o wartości 119,04 zł brutto

Jako osobę uprawnioną do korzystania z opieki medycznej w ramach „Pakietu Partnerskiego” wskazuję:

LP	Imię	Nazwisko	PESEL	Data urodzenia	Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż pracownika)	Stopień pokrewieństwa
1						

W kolumnie „Stopień pokrewieństwa” prosimy o wpisanie: Małżonek/Partner lub Dziecko

o objęcie opieką medyczną członków mojej rodziny w ramach „Pakietu Rodzinnego”

(„Pakiet Rodzinny” - małżonek albo partner życiowy pracownika oraz wszystkie dzieci własne pracownika, przysposobione, przyjęte na wychowanie albo pasierby, które nie ukończyły 26 roku życia) – pakiet nie może być wyższy niż „Pakiet Pracowniczy”



- I – o wartości 44,64 zł brutto
- II – o wartości 97,96 zł brutto
- III – o wartości 136,40 zł brutto
- IV – o wartości 197,16 zł brutto
- V – o wartości 235,60 zł brutto

Jako osoby uprawnione do korzystania z opieki medycznej w ramach „Pakietu Rodzinnego” wskazuję:

LP	Imię	Nazwisko	PESEL	Data urodzenia	Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż pracownika)	Stopień pokrewieństwa
1						
2						
3						
4						
5						

W kolumnie „Stopień pokrewieństwa” prosimy o wpisanie: Małżonek/Partner lub Dziecko

- Skorzystanie z możliwości objęcia opieką medyczną w ramach pakietów medycznych (dalej: opieką medyczną) jest dobrowolne.
- Małżonek albo partner życiowy pracownika oraz dzieci nie mogą zostać zgłoszeni przez pracownika Zamawiającego niezgłoszonego, a rezygnacja przez pracownika z usług opieki medycznej oznacza równoczesną rezygnację tych osób.
- Małżonek albo partner życiowy pracownika oraz dzieci nie będą mogli być objęci abonamentem wyższym niż objęty jest Pracownik.

Zobowiązuję się również przekazać wyżej wymienionym osobom treść obowiązku informacyjnego, jaki zostaje mi załączony do niniejszego zgłoszenia.

(data)

(czytelny podpis pracownika)