

Deklaracja

zawarcia umowy opieki medycznej w Centrum Medyczne ENEL-MED S.A.

OSOBA UPRAWNIONA

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon kontaktowy _____

Adres do korespondencji _____

Adres email _____

PAKIET OPIEKI MEDYCZNEJ

Rodzaj pakietu	Składka miesięczna	Wybrany pakiet
1. INDYWIDUALNY	187,00 zł	<input type="checkbox"/>
2. PARTNERSKI (partner lub jedno dziecko) UWAGA: należy wypełnić dane osoby objętej ochroną poniżej.	374,00 zł	<input type="checkbox"/>
3. RODZINNY UWAGA: należy wypełnić dane osób objętych ochroną poniżej.	521,00 zł	<input type="checkbox"/>
4. SENIOR UWAGA: należy wypełnić dane osób objętych ochroną poniżej.	254,00 zł / za osobę	<input type="checkbox"/>

Zakres ochrony zgodnie z Ogólnymi Warunkami Programu i katalogiem świadczeń dostępnymi na stronie www.inzynier-zdrowie.pl

ŚWIADCZENIE USŁUG

Deklaracja złożona do 15 dnia miesiąca oraz składka opłacona do 20 dnia miesiąca powodują zawarcie umowy i możliwość korzystania z usług medycznych od 1 dnia następnego miesiąca. Zmiana pakietu lub odstąpienie od umowy możliwe jest wyłącznie ze skutkiem na koniec roku kalendarzowego.

PŁATNOŚĆ SKŁADKI

Składka płatna jest w ratach miesięcznych na konto 4EAD Sp. z o.o. nr 32 1090 0088 0000 0001 4393 2989.

Płatność pierwszej składki następuje najpóźniej do 20 dnia miesiąca, w którym złożono deklarację.

Kolejne raty składki płatne są do 20 dnia każdego miesiąca.

PAKIET PARTERSKI – osoba objęta ochroną

Współmałżonek/Partner (do 67 lat) **lub Dziecko** (do 18 lat, jeżeli pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym do 26 lat)

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon (tylko osoby pełnoletnie) _____

PAKIET RODZINNY – osoby objęte ochroną

Współmałżonek/Partner (do 67 lat) **oraz Dzieci** (do 18 lat, jeżeli pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym do 26 lat)*

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon (tylko osoby pełnoletnie) _____

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon (tylko osoby pełnoletnie) _____

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon (tylko osoby pełnoletnie) _____

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon (tylko osoby pełnoletnie) _____

* W przypadku większej ilości dzieci pozostałe dane prosimy podać w odrębnym zestawieniu.

PAKIET SENIOR – osoby objęte ochroną

Rodzic/Teść (bez limitu wieku)*

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon _____

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon _____

* W przypadku większej ilości osób pozostałe dane prosimy podać w odrębnym zestawieniu.

PROCEDURA ZAWARCIA UMOWY/PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

W celu zawarcia umowy opieki medycznej należy wysłać skan podpisanej deklaracji oraz skan podpisanej klauzuli przetwarzania i ochrony danych osobowych w Centrum Medycznym ENEL-MED. na e-mail: kontakt@inzynier-zdrowie.pl. oraz dokonać opłaty składki.

Następnie otrzymasz potwierdzenie na wskazany e-mail o objęciu opieką medyczną.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej 4EAD stanowiącej załącznik do deklaracji zawarcia umowy opieki medycznej w Centrum Medyczne ENEL-MED S.A

Miejscowość i data

Podpis