

Data deklaracji.....

Nazwa Pracodawcy lub pieczęć

.....

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA / ODSZTĄPIENIA / ZMIANY

PRZYSTĄPIENIE do Umowy Opieki Medycznej

ODSZTĄPIENIE od Umowy Opieki Medycznej

**Wariant indywidualny**

ZMIANA programu w ramach Umowy Opieki Medycznej

ZMIANA danych osobowych osób uprawnionych

**Wariant rodzinny**

Wyrażam zgodę na:

- ✓ objęcie Umową Opieki Medycznej Pro'Benefit na warunkach przedstawionych Pracodawcy
- ✓ reprezentowania mnie przez Pracodawcę w tym do składania wszelkich oświadczeń woli, wcześniej ze mną uzgodnionych, koniecznych do zmiany programów opieki medycznej zawartej na moją rzecz umowy. Pełnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do zmiany moich danych osobowych, wyrażenia zgody w moim imieniu na przedłużenie umowy, w tym również na zmienionych warunkach.

\*w przypadku aktualizacji deklaracji wypełnić obowiązkowo dane Uprawionego Głównego oraz dane które uległy zmianie

Dane osoby uprawnionej Głównej	
Nazwisko	
Imię	
Data urodzenia	
Telefon	
E-mail	
Kod pocztowy	
Miejscowość zamieszkania	
Ulica + nr domu + nr lokalu	
PROGRAM OPIEKI	
OD dnia	
DO dnia	

Dane osoby uprawnionej 1.	Pokrewieństwo
	Partner/ka, dziecko, rodzic
Nazwisko	
Imię	
Data urodzenia	
Telefon	
E-mail	
Kod pocztowy	
Miejscowość zamieszkania	
Ulica + nr domu + nr lokalu	
PROGRAM OPIEKI	
OD dnia	
DO dnia	

Dane osoby uprawnionej 2.	Pokrewieństwo
	Partner/ka, dziecko, rodzic
Nazwisko	
Imię	
Data urodzenia	
Telefon	
E-mail	
Kod pocztowy	
Miejscowość zamieszkania	
Ulica + nr domu + nr lokalu	
PROGRAM OPIEKI	
OD dnia	
DO dnia	

Dane osoby uprawnionej 3.	Pokrewieństwo
	Partner/ka, dziecko, rodzic
Nazwisko	
Imię	
Data urodzenia	
Telefon	
E-mail	
Kod pocztowy	
Miejscowość zamieszkania	
Ulica + nr domu + nr lokalu	
PROGRAM OPIEKI	
OD dnia	
DO dnia	

# DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA / ODSZTĄPIENIA / ZMIANY

Str. 2

Dane osoby uprawnionej 2.	Pokrewieństwo Partner/ka, dziecko, rodzic
Nazwisko	
Imię	
Data urodzenia	
Telefon	
E-mail	
Kod pocztowy	
Miejscowość zamieszkania	
Ulica + nr domu + nr lokalu	
PROGRAM OPIEKI	
OD dnia	
DO dnia	

Dane osoby uprawnionej 3.	Pokrewieństwo Partner/ka, dziecko, rodzic
Nazwisko	
Imię	
Data urodzenia	
Telefon	
E-mail	
Kod pocztowy	
Miejscowość zamieszkania	
Ulica + nr domu + nr lokalu	
PROGRAM OPIEKI	
OD dnia	
DO dnia	

Potwierdzam że wszystkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie podania nieprawdziwych informacji Pro'Nature Clinic nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez Przepisy Kodeksu Cywilnego. Zobowiązuję się informować Pro'Nature Clinic o wszystkich zmianach wyżej wymienionych danych.

Podpis osoby uprawnionej Głównej	
Podpisy osób uprawnionych:	(w przypadku osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych podpis rodzica, opiekuna)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	