

ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ**Członek Związku, Funkcjonariusz, Pracownik***

Nazwisko i imię:

Adres:

PESEL:

NIP

Jednostka Organizacyjna

Miejsce opieki

Telefon

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

- ☐ COMFORT – 53 zł
- ☐ COMFORT PLUS – 74 zł
- ☐ COMPLEX – 92 zł
-
- ☐ COMFORT RODZINA – 141 zł (proszę wypełnić część II zgłoszenia)
- ☐ COMFORT PLUS RODZINA - 196 zł (proszę wypełnić część II zgłoszenia)
- ☐ COMPLEX RODZINA – 244 zł (proszę wypełnić część II zgłoszenia)
-
- ☐ COMFORT PARTNERSKI – 53zł (proszę wypełnić część II zgłoszenia)
- ☐ COMFORT PARTNERSKI - 74 zł (proszę wypełnić część II zgłoszenia)
- ☐ COMPLEX PARTNERSKI – 92 zł (proszę wypełnić część II zgłoszenia)
-
- ☐ Wyrażam zgodę na potrącanie składki na abonament medyczny w wysokości zł łącznie z uposażenia lub wynagrodzenia na konto:
- ☐ Oświadczam, że składkę na abonament medyczny w wysokościzł łącznie będę opłacał indywidualnie na konto:

KING BROKER S.C. 91-072 Łódź, ul. Legionów 93/95

79194010763000403800000000

Oświadczam, że zapoznałam/em się z owu i zakresem opieki medycznej. Przyjmuję waloryzację raz w roku w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towaru i usług tzw."inflacja" ogłaszany przez GUS.

Minimalny okres uczestnictwa w programie 12 miesięcy. Podstawą skrócenia okresu uczestnictwa jest: rozwiązanie stosunku służbowego lub umowy o pracę bez nabycia uprawnień do renty bądź emerytury albo zaświadczenie z działu finansowego o braku możliwości wykonywania potrącenia z uwagi na inne tytuły egzekucyjne (komornik, Urząd Skarbowy, ZUS, wyrok sądu) przewyższające tzw. kwotę wolną od potrąceń.

Zaprzestanie opłacanie składek w okresie 12 miesięcy od dnia przystąpienia do programu z przyczyn innych niż wymienione wyżej spowoduje zobowiązanie beneficjenta programu do zapłaty na rzecz Zleceniodawcy kary umownej w wysokości stanowiącej równowartość brakującej składki do końca 12 miesięcznego okresu. Beneficjent wyraża zgodę na dokonanie przez zakład pracy potrącenia należnej kary umownej na rzecz Zleceniodawcy z uposażenia lub wynagrodzenia. W przypadkach opłacania składek indywidualnie kara umowna będzie egzekwowana przez komornika.

.....
podpis Pracownika

- ☐ „PAKIET RODZINA”
☐ „PAKIET PARTNERSKI”

Proszę o objęcie abonamentem medycznym:

- ☐ Pakiet COMFORT
☐ Pakiet COMFORT PLUS
☐ Pakiet COMPLEX

od dnia..... roku następujące osoby¹:

- ☐ Współmałżonka (partnera)
☐ Dziecka (do 26 roku życia)

- 1. Imię i nazwisko:**
Miejsce zamieszkania
PESEL:
Telefon
- 2. Imię i nazwisko:**
Miejsce zamieszkania
PESEL:
Telefon
- 3. Imię i nazwisko:**
Miejsce zamieszkania
PESEL:
Telefon
- 4. Imię i nazwisko:**
Miejsce zamieszkania
PESEL:
Telefon

.....
podpis Pracownika

¹Zaznaczyć odpowiednio