|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |
| **LUX - MED.** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| **Pakiet PREMIUM indywidualny** | | | | | | | | | | | | | | | |
| data przystąpienia………………………………. | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| nazwisko pracownika…………………………… | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| imię ………………………………………………. | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |
| pesel:………………………………………………  data urodzenia:…………………………………… | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania……………………………… | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| tel………………………………………………………. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  | | |  | | …………………….. | |  |  |  |
|  | | | | | |  | | |  | | podpis pracownika | |  |  |  |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |

**Oświadczenia:**

Oświadczam, że z chwilą rozwiązania umowy z SGH, bądź przerwą w zatrudnieniu zobowiązuję się powiadomić o tym fakcie Radę Zakładową ZNP Bud.G pok.156

|  |
| --- |
| …………………….. |
| podpis pracownika |

Ja niżej podpisana /podpisany/……………………………….. .. wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia składki na dobrowolne ubezpieczenie medyczne w Lux Med zgodnie z kosztami wybranego pakietu świadczeń .

|  |
| --- |
| …………………….. |
| podpis pracownika |

Jednocześnie zgadzam się na potrącenie comiesięcznej kwoty 7,00 zł na pokrycie kosztów obsługi administracyjnej.

|  |
| --- |
| …………………….. |
| podpis pracownika |