

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer SKP

.....  
PESEL

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ

1. Deklaruję przystąpienie od 01.07.2020 r. do dobrowolnego programu opieki stomatologicznej w zakresie abonamentu:



**Prima** o koszcie 13 zł (słownie: trzynaście złotych) miesięcznie,



**Optima** o koszcie 59 zł (pięćdziesiąt dziewięć złotych) miesięcznie,



**Maxima** o koszcie 120 zł (sto dwadzieścia złotych) miesięcznie,

na warunkach określonych w ofercie z dnia 08.05.2019r.<sup>1</sup>

2. Wyrażam zgodę i upoważniam Santander Bank Polska S.A. do potrącania, co miesiąc z mojego wynagrodzenia oraz zasiłku chorobowego i przekazywania Medicover Sp. z o.o. wskazanej wyżej kwoty stanowiącej cenę abonamentu. Powyższa zgoda obejmuje kwoty stanowiące cenę abonamentu uwzględniając przyszłe waloryzacje, pod warunkiem uprzedniego poinformowania o zasadach waloryzacji.

3. Jednocześnie zobowiązuję się nie odwoływać oraz nie zmieniać upoważnienia wskazanego w ustępie 2 powyżej przez każde 12 miesięcy korzystania z programu opieki stomatologicznej oraz oświadczam, że zmianę decyzji tj. rezygnację/zmianę abonamentu zgłoszę na piśmie z jednomiesięcznym wyprzedzeniem przed upływem każdego 12 miesięcy korzystania z programu, z tym że w przypadku waloryzacji ceny abonamentu, o której mowa w ust. 2, rezygnacja może nastąpić w terminie 14 dni od poinformowania o zmienionych zasadach waloryzacji.

4. Powyższe oświadczenie potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
miejscowość i data

.....  
czytelny podpis

---

<sup>1</sup> Proszę krzyżykiem zakreślić odpowiedni zakres abonamentu