

FORMULARZ REZYGNACJI Z PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ DLA CZŁONKA RODZINY/PARTNERA

Prosimy o dokładne wypełnienie formularza - **wszystkie dane zarówno dotyczące pracownika jak i zgłaszanych przez niego członków rodziny są obowiązkowe.**

UWAGA! Prosimy o zachowanie formatu czcionki w polach "Imię", "Nazwisko", "Miasto", "Ulica": pierwsza litera duża, pozostałe małe.

Nr SKP pracownika:

pracownik/ małżonek / partner / dziecko /dzieci	Imię	Nazwisko	Data urodzenia (rrrr-mm-dd)	PESEL (w przypadku cudzoziemców nr paszportu)	Płeć (m/k)	Lokalizacja centrum Medicover (miasto, w którym będzie Pan/Pani korzystał(a) z usług Medicover)	ADRES ZAMELDOWANIA					Dane kontaktowe	
							Miasto	Kod	Ulica	Nr domu	Nr mieszk.	telefon komórkowy (0699999999)	adres e-mail
pracownik													
małżonek partner													
dziecko													
dziecko													
dziecko													
dziecko													

Ja niżej podpisa/ny, zgłaszam rezygnację z programu opieki medycznej dla członka rodziny/partnera - wyżej wskazaną/e osobę/y ze skutkiem na ostatni dzień (wpisz miesiąc i rok).

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis pracownika