

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer SKP

.....
PESEL

Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem 30.06.2020r. :

rezygnuję z abonamentu i proszę o wykreślenie mnie z listy pracowników uprawnionych do korzystania z programu opieki stomatologicznej.

zmieniam zakres dotychczasowego abonamentu, na okres kolejnych 12 miesięcy, na abonament:

Prima - koszt 13 zł (słownie: trzynaście złotych) miesięcznie,

Optima - koszt 59 zł (pięćdziesiąt dziewięć złotych) miesięcznie,

Maxima - koszt 120 zł (sto dwadzieścia złotych) miesięcznie¹.

Powyższe oświadczenie potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis

¹ Proszę krzyżykiem zakreślić wybraną opcję.