

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ DLA CZŁONKA RODZINY/PARTNERA OD

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

Nr SKP pracownika:

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

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					ADRES ZMIESZKANIA					Dane kontaktowe		
							Miasto	Kod	Ulica	Nr domu	Nr mieszk.	Miasto	Kod	Ulica	Nr domu	Nr mieszk.	telefon komórkowy (0699999999)	adres e-mail	
pracownik																			
małżonek partner																			
dziecko																			
dziecko																			
dziecko																			
dziecko																			

1. Ja niżej podpisan/a/y, wyrażam zgodę i upoważniam Santander Bank Polska do potrącania, co miesiąc, z mojego wynagrodzenia za pracę należności za każdego zgłoszonego przeze mnie członka rodziny/partnera, a w przypadku braku możliwości potrącenia z wynagrodzenia, będę wpłacać stosowaną opłatę na wskazany w piśmie/e-mailu rachunek bankowy, do momentu złożenia przeze mnie rezygnacji. W przypadku braku możliwości pobrania składki z wynagrodzenia za opiekę medyczną dla członków rodziny i niedokonania płatności w określonym terminie, Bank będzie uprawniony do wystąpienia do Medicover sp. z o.o. o zablokowanie dostępu do usługi medycznej dla członka/ów rodziny.

2. Jednocześnie zobowiązuję się nie odwoływać upoważnienia wskazanego w pkt.1 przez okres minimum 12 miesięcy kalendarzowych oraz oświadczam, że ewentualną rezygnację zgłoszę na obowiązującym druku, z jednomiesięcznym wyprzedzeniem, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym złożę rezygnację.

3. Jestem świadoma/y, że mogę zgłosić do opieki wyłącznie: małżonka/partnera zamieszkującego i żyjącego we wspólnym gospodarstwie domowym na warunkach zbliżonych do małżeństwa przez minimum 6 miesięcy oraz dzieci własne/przysposobione/przyjęte na wychowanie (zamieszkujące na stałe w moim gospodarstwie domowym i pozostające na moim wyłącznym utrzymaniu do ukończenia 25 roku życia).

4. Oświadczam, że zawarte w niniejszym kwestionariuszu dane są prawdziwe oraz, że zgadzam się na ich przetwarzanie przez Medicover Sp. z o.o. w celu realizacji programu opieki medycznej.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis pracownika