|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 |