

A.

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

do opieki zdrowotnej Lux Med

1. Deklaruję przystąpienie do opieki zdrowotnej Lux Med organizowanej przez Związek Zawodowy Operatorów Numerów Alarmowych Urzędu m.st. Warszawy od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu otrzymania deklaracji przez właściwy organ Związku.
2. Wyrażam zgodę na potrącanie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia wartości wybranego przeze mnie pakietu.
3. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję Ogólne Warunki Udzielania Świadczeń Zdrowotnych Grupy LUX MED.
4. Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego oraz zobowiązuje się do jej przekazania wskazanym w deklaracji osobom najbliższym zgłoszonym przeze mnie do opieki zdrowotnej w LUX MED.

☐ nowy wniosek

☐ zmiana wniosku

Nazwisko

PESEL

Imię

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Miejscowość

Kod poczt.

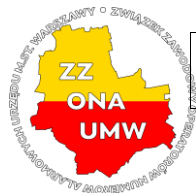
Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Główna miejscowość opieki

Wybrany pakiet opieki



Data

Podpis

B.

Wydział Płac i Planowania Budżetowego
Biura Zarządzania Zasobami Ludzkimi
Urzędu m.st. Warszawy

☐ nowy wniosek

☐ zmiana wniosku

Proszę o pobieranie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia na rzecz Związku Zawodowego Operatorów Numerów Alarmowych Urzędu m.st. Warszawy wartości wybranego pakietu opieki zdrowotnej Lux Med w wysokości:

☐ 64 zł

☐ 98 zł

☐ 202 zł

☐ 337 zł

☐ 552 zł

☐ 128 zł

☐ 196 zł

☐ 404 zł

☐ 674 zł

☐ 1104 zł

☐ 198 zł

☐ 303 zł

☐ 627 zł

☐ 1043 zł

☐ 1711 zł

Nazwisko

Imię

PESEL

Data

Podpis



C.

Osoby najbliższe zgłoszone do opieki zdrowotnej Lux Med

☐ dopisanie osoby

☐ wypisanie osoby

PESEL

Nazwisko

Imię

Adres e-mail

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod poczt.

Główna miejscowość opieki

☐ dopisanie osoby

☐ wypisanie osoby

PESEL

Nazwisko

Imię

Adres e-mail

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod poczt.

Główna miejscowość opieki

Do zgłoszenia więcej niż 2 osób najbliższych należy wypełnić kolejne kopie deklaracji, wypełniając w części A pola imię, nazwisko, PESEL, data i podpis oraz pomijając część B.

