



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DZIECKA PRACOWNIKA DO ABONAMENTOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a
(nazwisko i imię pracownika)

.....
(numer ewidencyjny pracownika)

zgłaszam dziecko do 24 roku życia do ABONAMENTOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ realizowanej przez „Miedziowe Centrum Zdrowia” S.A. z siedzibą w Lubinie¹.

Dane dziecka:

Nazwisko i imię:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z realizacją usługi Abonamentowej Opieki Medycznej. Administratorem danych osobowych jest MCZ S.A. Lubin ul. M. Skłodowskiej-Curie 66. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z rezygnacją z Abonamentowej Opieki Medycznej. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
(czytelny podpis dziecka pełnoletniego
lub rodzica/opiekuna prawnego w imieniu dziecka niepełnoletniego)

Miejscowość:..... Data:

Dane pracownika:

Nazwisko i Imię:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL.....

Adres do korespondencji (oraz nr tel., e-mail):.....

Ponadto oświadczam, że:

1. Przystąpiłem do Abonamentowej Opieki Medycznej, realizowanej przez „Miedziowe Centrum Zdrowia” S.A.
2. Zapoznałem/em się z warunkami świadczenia ww. usługi.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z realizacją usługi Abonamentowej Opieki Medycznej. Administratorem danych osobowych jest MCZ S.A. Lubin ul. M. Skłodowskiej-Curie 66. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z rezygnacją z Abonamentowej Opieki Medycznej. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
4. Zgłoszone do Abonamentowej Opieki Medycznej dziecko pozostaje na moim wyłącznym utrzymaniu.

¹ Na czas nieokreślony, jednak nie krótszy niż 12 miesięcy

5. Wszystkie dane osobowe zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuje się do niezwłocznego informowania o zmianie tych danych.
6. Za pośrednictwem swojego zakładu pracy, będę opłacał ze swojego wynagrodzenia kwotę 35,00 zł miesięcznie z tytułu korzystania przez dziecko z Abonamentowej Opieki Medycznej.
7. W przypadku braku możliwości potrącenia kosztów abonamentu, o którym mowa w pkt. 6., zobowiązuje się do uregulowania płatności na rzecz swojego zakładu pracy, w terminie do 15 dnia miesiąca, w którym potrącenie nie zostanie dokonane (brak uregulowania płatności skutkuje wyrejestrowaniem abonenta z ostatnim dniem miesiąca, w którym płatność nie została dokonana).

.....
(czytelny podpis pracownika)

Miejscowość:..... Data:

Deklaracje należy złożyć we właściwym Oddziale KGHM Polska Miedź S.A. zgodnym z miejscem zatrudnienia.