



**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA PRACOWNIKA
DO PROGRAMU MEDYCZNEGO ENEL-CARE: UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Zleceniodawca: Organizacja Międzyzakładowa NSZZ „Solidarność” Funkcjonariuszy i Pracowników Policji Regionu Śląsko-Dąbrowskiego

Program: Grupowy Program Medyczny dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji

Dane Funkcjonariusza / Pracownika

Imię																													
Nazwisko																													
PESEL											Data urodzenia	-		-															

Adres zamieszkania

Kod pocztowy	-		Miejscowość																									
Ulica, nr domu nr mieszkania																												
Tel. komórkowy	-		-																									
e-mail:																												

Program medyczny

	BASIC	CLASSIC	STANDARD	PREMIUM	SENIOR
Indywidualny	<input type="checkbox"/> 29,00 zł	<input type="checkbox"/> 50,00 zł	<input type="checkbox"/> 60,00 zł	<input type="checkbox"/> 88,00 zł	<input type="checkbox"/> 108,00 zł
Partnerski (1+1)	<input type="checkbox"/> 58,00 zł	<input type="checkbox"/> 100,00 zł	<input type="checkbox"/> 120,00 zł	<input type="checkbox"/> 176,00 zł	
Rodzinny 2 dorosłych + dzieci	<input type="checkbox"/> 95,00 zł	<input type="checkbox"/> 135,00 zł	<input type="checkbox"/> 161,00 zł	<input type="checkbox"/> 229,00 zł	
Razem składka:					zł

Dane pełnoletniej osoby zgłaszanej do wariantu Partnerskiego lub Rodzinnego

Imię																													
Nazwisko																													
PESEL											Data urodzenia	-		-															
Stopień pokrewieństwa																													

Adres zamieszkania*

Kod pocztowy	-		Miejscowość																									
Ulica, nr domu nr mieszkania																												
Tel. komórkowy	-		-																									
e-mail:																												



**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA PRACOWNIKA
DO PROGRAMU MEDYCZNEGO ENEL-CARE: UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Dane dzieci zgłaszanych do wariantu Rodzinnego lub osób do wariantu SENIOR

Osoba 1

Imię																		
Nazwisko																		
PESEL											Data urodzenia		-		-			
Stopień pokrewieństwa											Numer telefonu		-		-			

Adres zamieszkania*

Kod pocztowy		-				Miejscowość													
Ulica, nr domu nr mieszkania																			

Osoba 2

Imię																		
Nazwisko																		
PESEL											Data urodzenia		-		-			
Stopień pokrewieństwa											Numer telefonu		-		-			

Adres zamieszkania*

Kod pocztowy		-				Miejscowość													
Ulica, nr domu nr mieszkania																			

Osoba 3

Imię																		
Nazwisko																		
PESEL											Data urodzenia		-		-			
Stopień pokrewieństwa											Numer telefonu		-		-			

Adres zamieszkania*

Kod pocztowy		-				Miejscowość													
Ulica, nr domu nr mieszkania																			

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Medycznym ENEL-MED S.A (dalej: „Enel-Med”) związku, adres: ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa - jako Administratora Danych Osobowych (dalej: „Administrator”), moich danych osobowych w zakresie danych kontaktowych: imienia i nazwiska, adresu zamieszkania lub miejsca pracy, numeru telefonu lub adresu e-mail, a także numeru dowodu osobistego, numeru pesel w celach ubezpieczeniowych i realizacją obowiązujących umów i przepisów prawa.

Data		-		-						Podpis										
------	--	---	--	---	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Adres zamieszkania osoby dorosłej, dziecka, seniora proszę wypełnić, gdy różni się od adresu funkcjonariusza / pracownika. W przypadku większej ilości zgłaszanych osób proszę uzupełnić tylko drugą stronę kolejnej deklaracji.