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

1. **Dane Zleceniodawcy: ZWIĄZEK NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO W POLITECHNICE WROCŁAWSKIEJ**
2. **DZIAŁ / SEKCJA/ STANOWISKO PRACOWNIKA ……………………………………………………………………………………………………………**
3. **Dane osób zgłaszanych do opieki w ramach indywidualnego pakietu usług medycznych:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko** | **PESEL** | **Data urodzenia** | **Adres zamieszkania** | **Numer telefonu** | **Adres e-mail** | **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA** |
| **PRACOWNIK** |  |  |  |  |  |  |  |
| **INNA OSOBA** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **[CLASSIC]** indywidualny (pracownik) |  | **[STANDARD]** indywidualny (pracownik) |  | **[PREMIUM]** indywidualny (pracownik) |
|  | **[CLASSIC]** partnerski (żona/mąż/partner/dziecko) |  | **[STANDARD]]** partnerski (żona/mąż/partner/dziecko) |  | **[PREMIUM]]** partnerski (żona/mąż/partner/dziecko) |
|  | **[CLASSIC]** rodzinny (żona/mąż/partner/2+ dzieci) |  | **[STANDARD]** rodzinny (żona/mąż/partner/2+ dzieci) |  | **[PREMIUM]** rodzinny (żona/mąż/partner/2+ dzieci) |

**IV. Pracownik wyraża zgodę na potrącenie z wynagrodzenia kwoty za wybrany pakiet, zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem oraz zakresem jaki wybrał dla siebie i/lub członków rodzin.**

…………………………………………………………………………………………………………………..

Data i czytelny podpis pracownika