

Wypełnij
drukowanymi
literami

Imię i nazwisko:

PESEL:

NR TELEFONU (opcjonalnie):

→zaznacz pakiet
medyczny
wybrany przez
Ciebie
zaznaczając „X”

W związku z przystąpieniem do programu opieki medycznej w LUX MED, zobowiązuję się do opłacania poniższej sumy składek w trybie miesięcznym.

RODZAJ PAKIETU	PAKIET STANDARDOWY		PAKIET ROZSZERZONY		PAKIET KOMPLEKSOWY	
Pakiet INDYWIDUALNY	156,00		220,00		356,00	
Pakiet PARTNERSKI	345,00		489,00		777,00	
Pakiet RODZINNY	618,00		875,00		1335,00	

Pakiet Indywidualny – pakietem objęty jest tylko Radca Prawny

Pakiet Partnerski - 2 osoba: Radca Prawny +małżonek lub partner (do 70 r.ż.) albo 1 dziecko (do 26 r.ż.)

Pakiet Rodzinny – Radca Prawny +małżonek lub partner (do 70 r.ż.) oraz dzieci (do 26 r.ż.)

Przyjmuję do wiadomości fakt, że przystępując do opieki zobowiązuję się do opłacania składek przez 12 kolejnych miesięcy. Zmieniając pakiet na wyższy będę opłacać składki przez kolejne 12 miesięcy.

→ podpisz

.....

Data i Czytelny podpis