

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	125,00	176,00	285,00
Pakiet PARTNERSKI	276,00	391,00	621,00
Pakiet RODZINNY	494,00	700,00	1068,00

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