

## DOTYCZY PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ LUX MED:

<b>Wypełnij drukowanymi literami</b>	Imię i nazwisko: ..... PESEL: ..... NR TELEFONU (opcjonalnie): .....
--	--

*Przyjmuję do wiadomości fakt, że przystąpienie do programu opieki medycznej w LUXMED następuje na okres nie krótszy niż 12 miesięcy. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do ww. programu nie zalegam z zapłatą składek członkowskich i innych zobowiązań na rzecz Okręgowej Izby Radców Prawnych w Krakowie. Zobowiązuję się do terminowego realizowania wszelkich zobowiązań wobec OIRP w Krakowie, w tym zobowiązań związanych z udziałem w programie opieki medycznej w LUXMED.*

→ podpis

.....

*Data i Czytelny podpis*