WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

****

**DEKLARACJA**

**ODSTĄPIENIA OD UMOWY**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO**

**(TZW. „PAKIET MEDYCZNY”)[[1]](#footnote-2)**

Nazwisko i imię pracownika ….................................................................................................................................................................................................................

PESEL ...……………....................................................................

Z pierwszym dniem miesiąca …………………………………………………202….roku, rezygnuję z pakietu medycznego, dla wskazanych poniżej osób:

1. Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………………………...

PESEL: ……………………………………………………………………….

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: ……………………………………………………………………….

1. Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

PESEL: ……………………………………………………………………….

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

PESEL: ……………………………………………………………………….

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………….…………………………..

PESEL: ……………………………………………………………………….

..................................................................................

data i czytelny podpis pracownika

…………………………………………

data wpływu do CSO

1. Deklaracja złożona do 20 dnia danego miesiąca upoważnia do zaprzestania działania pakietu od pierwszego dnia miesiąca następnego [↑](#footnote-ref-2)