OŚWIADCZENIE -Opieka Medyczna POLMED

Oświadczam , że przystępuję do programu prywatnej **Opieki Medycznej POLMED** dla Członków Klubu KDB POMOC prowadzonej przez KDB Sp. z o.o. od dnia…… .(początek odpowiedzialności Opieki Medycznej POLMED-pierwszy dzień następnego miesiąca). Zobowiązuję się do opłaty comiesięcznej składki za Opiekę Medyczna z góry do 15 dnia każdego poprzedzającego miesiąca (tj. np. za czerwiec do 15 maja itd.) Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia w Banku stałego zlecenia do odwołania w celu opłaty ww. składki za wybrany Pakiet Opieki Medycznej (Pakiet Indywidualny lub Rodzinny) .Przyjmuję do wiadomości , **<u>że w przypadku powstania jednomiesięcznej zaległości</u>**/ przerwy w opłacie składek , obowiązywać będzie mnie oraz osoby objęte OM w ramach Pakietu rodzinnego - 12 miesięczna karencja.

CZAS TRWANIA UMOWY WG. OWUoferowanych przez POLMED Spółka Akcyjna

z siedzibą w Starogardzie Gdańskim

§ 1

1. Umowa zostaje zawarta **na rok, przez co rozumie się okres pełnych dwunastu miesięcy kalendarzowych** następujących po dniu zawarcia Umowy.

2. Mocą niniejszego postanowienia, po upływie każdego roku jej obowiązywania, Umowa ulega przedłużeniu na czas nieokreślony, o ile żadna ze Stron, najpóźniej na 14 dni przed dniem, w którym upływa każdy pełny roczny czas jej obowiązywania, nie złoży oświadczenia o tym, iż nie życzy sobie przedłużenia Umowy. Po takim przedłużeniu Umowa może być wypowiedziana przez każdą ze Stron z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wywiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.

Wybieram Pakiet RODZINNY (nazwa w Ulotce)……SKŁADKA……

1.) Główny posiadacz abonamentu

……
Imię i nazwisko

……
(PESEL)

……
(adres zamieszkania)

……
(adres do korespondencji)

……
(telefon kontaktowy) (adres e-mail)

Wraz ze mną do programu Opieki Medycznej w pakiecie Rodzinnym przystępują (członkowie rodziny w kolumnietrzeciej należy wstawić właściwą literę M-małżonek, PŻ-partner życiowy, D-dziecko do 25 r. ż) :

Lp.	Imię i nazwisko małżonka/partnera/dziecka (opisać M, P lub D)	**M, PŻ, D**	Pesel	Adres zamieszkania /do korespondencji	Telefon, adres e-mail
2.					
3.					
4.					
5.					

1.Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KDB Sp. z o.o zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.l nr 119, str. 1) – dalej „RODO”w celu realizacji umowy oraz przedstawienia promocyjnych ofert Opieki Medycznej. Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy Opieki Medycznej jest KDB Sp. z o.o z siedzibą ul Rzemieślnicza 1 pok. 221 30-363 Kraków. NIP 6793148082.

2.Oświadczam, że przystępuję do Klubu KDB POMOC (dalej Klub) na warunkach określonych w Regulaminie Klubu na stronie www.kdbpomoc.pl, z którym się zapoznałem i go akceptuję.

3.Oświadczam, że zapoznałam/em się z OWU o Świadczenia Medyczne oferowane przez POLMED Spółka Akcyjnaz siedzibą w Starogardzie Gdańskimna stronie www.kdbpomoc.pl

1…… …… 2…… 3……

4…… 5…… …… .6……

(data i czytelne podpisyosóbpełnoletnich przystępujących do OM)