



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA WSPÓŁMAŁŻONKA (OSOBY POZOSTAJĄCEJ W KONKUBINACIE) DO ABONAMENTOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a ..... (imię i nazwisko pracownika),  
zgłaszam do ABONAMENTOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ współmałżonka (osobę pozostającą w konkubinacie)<sup>1</sup>

### **Dane współmałżonka (osoby pozostającej w konkubinacie):**

Nazwisko i Imię:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

PESEL.....

Adres do korespondencji (oraz nr tel., e-mail):.....

### **Dane pracownika:**

Nazwisko i Imię:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

PESEL.....

Adres do korespondencji (oraz nr tel., e-mail):.....

Ponadto oświadczam, że:

1. Przystąpiłem do Abonamentowej Opieki Medycznej, realizowanej przez „Miedziane Centrum Zdrowia” S.A.
2. Zapoznałem/em się z warunkami świadczenia ww. usługi.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z realizacją ww. usługi.
4. Osoba pozostająca ze mną w konkubinacie wspólnie ze mną zamieszkuje i oboje nie pozostajemy w formalnym związku małżeńskim z inną osobą.
5. Wszystkie dane osobowe zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianie tych danych.
6. W imieniu współmałżonka (osoby pozostającej w konkubinacie), za pośrednictwem swojego zakładu pracy, będę opłacał ze swojego wynagrodzenia kwotę 35,00 zł miesięcznie z tytułu korzystania z Abonamentowej Opieki Medycznej.
7. W przypadku braku możliwości potrącenia kosztów abonamentu, o którym mowa w pkt. 6., zobowiązuję się do uregulowania płatności na rzecz swojego zakładu pracy, w terminie do 15 dnia miesiąca, w którym potrącenie nie zostanie dokonane (brak uregulowania płatności skutkuje zawieszeniem abonamentu z ostatnim dniem miesiąca, w którym płatność nie została dokonana).

.....  
(czytelny podpis współmałżonka/  
osoby pozostającej w konkubinacie)

.....  
(czytelny podpis pracownika)

Miejscowość:..... Data: .....

*Deklarację należy złożyć we właściwym Oddziale KGHM Polska Miedź S.A. zgodnie z miejscem zatrudnienia.*

<sup>1</sup> Na czas nieokreślony, jednak nie krótszy niż 12 miesięcy