



ALLMEDICA

Wniosek o zawarcie umowy o świadczenie usług zdrowotnych

NR /

1. Warunki umowy

1.1 Zakres umowy

Załącznik 1. OWŚU

Załącznik 2. Zakres usług

Załącznik 3. Cennik

Nazwa pakietu

1.2 Termin udostępnienia umowy

dzień miesiąc rok

1.3 Czas trwania umowy

Czas trwania umowy 12 miesięcy

1.4 Wysokość, częstotliwość oraz forma uiszczania opłaty

Wysokość regularnej opłaty

Częstotliwość uiszczania opłaty miesięcznie

Całkowita wartość umowy zgodnie z wybranym pakietem

Forma uiszczania opłaty: przelew



ALLMEDICA

2. Klient

2.1. Dane osobowe:

Nazwisko

Imię Data urodzenia

Obywatelstwo Nr PESEL Płeć

Nr paszportu tylko w przypadku obcokrajowca

2.2. Adres Zameldowania

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

2.3. Adres do korespondencji

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

2.4. Dane kontaktowe

Telefon E-mail

3. Uprawniony I

Czy Klient jest równocześnie uprawnionym? Jeśli zaznaczono opcję „TAK” proszę o przejście do sekcji 4

3.1 Dane osobowe:

Nazwisko

Imię Data urodzenia



ALLMEDICA

Obywatelstwo Nr PESEL Płeć

Nr paszportu tylko w przypadku obcokrajowca

Nr Pesel lub paszportu matki jeśli dziecko
nie posiada numeru Pesel/paszportu

3.2 Adres zamieszkania:

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

3.3 Adres korespondencyjny:

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

4. Uprawniony II

4.1 Dane osobowe:

Nazwisko

Imię Data urodzenia

Obywatelstwo Nr PESEL Płeć

Nr paszportu tylko w przypadku obcokrajowca

Nr Pesel lub paszportu matki jeśli dziecko
nie posiada numeru Pesel/paszportu

4.2 Adres zamieszkania:

Ulica Nr domu Nr mieszkania



Miejscowość Kod pocztowy

4.3 Adres korespondencyjny

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

5. Uprawniony III

5.1 Dane osobowe:

Nazwisko

Imię Data urodzenia

Obywatelstwo Nr PESEL Płeć

Nr paszportu tylko w przypadku obcokrajowca

Nr Pesel lub paszportu matki jeśli dziecko
nie posiada numeru Pesel/paszportu

5.2 Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

5.3 Adres korespondencyjny

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

6. Uprawniony IV

6.1 Dane osobowe:

Nazwisko



ALLMEDICA

Imię Data urodzenia

Obywatelstwo Nr PESEL Płeć

Nr paszportu tylko w przypadku obcokrajowca

Nr Pesel lub paszportu matki jeśli dziecko
nie posiada numeru Pesel/paszportu

6.2 Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

6.3 Adres korespondencyjny

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

7. Uprawniony V

7.1 Dane osobowe:

Nazwisko

Imię Data urodzenia

Obywatelstwo Nr PESEL Płeć

Nr paszportu tylko w przypadku obcokrajowca

Nr Pesel lub paszportu matki jeśli dziecko
nie posiada numeru Pesel/paszportu



7.2 Adres zamieszkania

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

7.3 Adres korespondencyjny

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy

8. Oświadczenie Klienta

8.1. Klauzula informacyjna:

Zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2014r. Poz. 1182 ze zm.)

ALLMEDICA Abonamenty Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Kolejowa 31, 34-400 Nowy Targ informuje [1] iż jest Administratorem Danych Osobowych podanych, bądź uzyskanych w celu wykonywania umowy o świadczenie medyczne, [2] dane zebrane przez ALLMEDICA Abonamenty Medyczne Sp. z o.o. będą przetwarzane w celu świadczenia usług medycznych, prowadzenia sprawozdawczości finansowej, marketingu oraz archiwalno-statystycznym. Klient ma prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, zgodnie z obowiązującymi przepisami, [3] podanie danych jest dobrowolne.

8.2. Deklaracja zgody na przekazywanie informacji handlowych drogą elektroniczną:

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 1422 ze zm.), na podany adres e-mail oraz w postaci SMS, przez Allmedica Abonamenty Medyczne Sp. z o.o.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne. TAK NIE

8.3. Deklaracja zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dla celów marketingowych przez Allmedica Abonamenty Medyczne. Wyrażenie zgody jest dobrowolne. TAK NIE

8.4. Deklaracja zgody na przekazanie treści marketingowych z wykorzystaniem telefonu

Wyrażam zgodę na przekazanie treści marketingowych na podany przeze mnie numer telefonu, w tym przy użyciu automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz 243, ze zm.) przez Allmedica Abonamenty Medyczne. Wyrażenie zgody jest dobrowolne. TAK NIE



8.5. Oświadczenie Klienta

Oświadczam, iż otrzymałem treść Ogólnych Warunków Świadczenia Usług, potwierdzam że podpis mój dotyczy punktów 8.2, 8.3 i 8.4 oraz potwierdzam, że zostałem poinformowany, że umowa zostaje zawarta na czas określony – 12 miesięcy

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok			

Podpis Klienta

9. Oświadczenie przedstawiciela ALLMEDICA Abonamenty Medyczne Sp. z o.o.

Potwierdzam, że Klient własnoręcznie podpisał powyższe Oświadczenia.

Imię i Nazwisko Przedstawiciela

Podpis Przedstawiciela

Data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok			



ALLMEDICA