

.....
Imię i nazwisko

.....
Miasto, data

.....

.....
Adres

.....
PESEL

.....
Nr umowy kierowcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu.....
(imię i nazwisko)..... rezygnuje z usług opieki medycznej
Lux med.

Usługi opieki medycznej będą wyłączone od następnego miesiąca roku.

Okres rozliczeniowy obowiązuje do końca miesiąca, w którym nastąpiła rezygnacja.

.....