

.....
pieczętka zakładu pracy z NIP i REGON

ZLECENIE DODATKOWYCH ŚWIADCZEŃ PŁATNYCH

Niniejszym..... („Zleceniodawca”), zleca LUX MED Sp. z o.o. („LUX MED”) wykonanie świadczenia zdrowotnego na rzecz następujących pracowników/osób współpracujących*:

Lp	Imię	Nazwisko	PESEL/data urodzenia	Adres zamieszkania	Główna miejscowość wykonywania świadczeń zdrowotnych
1					
2					
3					

*w przypadku większej ilości osób prosimy o przesłanie załącznika z tabelą, w formacie excel.

Zakres świadczenia obejmuje:.....
.....
.....

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z ofertą LUX MED Sp. z o.o. i przyjmujemy ją bez zastrzeżeń (art. 70 KC) w formie niniejszego zlecenia. Zlecenie obowiązuje 3 miesiące od podpisania przez Zleceniodawcę.

Zobowiązujemy się do uiszczenia na rzecz LUX MED należności za faktyczne wykonanie ww. usług na rzecz wskazanych powyżej osób. Płatność na rachunek LUX MED nastąpi w terminie wskazanym w umowie wg cennika obowiązującego w LUX MED w przypadku usług wykonanych w placówkach własnych LUX MED z uwzględnieniem rabatów wynikających z zawartych umów pomiędzy LUX MED, a Zleceniodawcą.

Dane niezbędne do sporządzenia faktury:

Firma.....

Adres.....

NIP.....

Imię i nazwisko osoby kontaktowej.....

nr tel., ewent. adres korespondencyjny.....

.....
miejscowość

.....
data

.....
podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Zleceniodawcy

* niepotrzebne skreślić

Niniejsze zlecenie należy niezwłocznie po otrzymaniu i wypełnieniu odesłać faksem pod nr 22 331 85 85 lub na adres mailowy Opiekuna Administracyjnego Umowy oraz listownie na adres: LUX MED Sp. z o.o. Dział Obsługi Posprzedażowej Klienta, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa. Osobą upoważnioną do reprezentowania Zleceniodawcy jest osoba ujawniona we właściwych rejestrach publicznych lub uprawniona do reprezentowania Zleceniodawcy na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Status:
dokument o ograniczonym dostępie

