



— BASIC

— SELECT

— SELECT+

— ELITE

Dziękujemy za wybór Centrum Medycznego CMP. Cieszymy się, że możemy wspierać Twoją firmę w zapewnianiu pracownikom dostępu do opieki medycznej i większego poczucia bezpieczeństwa na co dzień.

OŚWIADCZENIE ZLECENIODAWCY

Niniejszym, działając w imieniu:

oświadczam, że

dane osoby uprawnionej

Imię

Nazwisko

PESEL

zakończył współpracę ze Zleceniodawcą.

DATA I PODPIS: