CMP CENTRUM MEDYCZNE

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.

# WNIOSEK REFUNDACYJNY KOSZTÓW WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

## WNIOSKODAWCA:

Uzupełnia ◉ rodzic ○ opiekun prawny w przypadku, gdy Osobą Uprawnioną jest osoba ○ niepełnoletnia ○ ubezwłasnowolniona

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____

tel. _____ e-mail _____

## OSOBA UPRAWNIONA:

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____

adres zamieszkania _____ kod pocztowy ____ – ____

tel. _____ e-mail _____

## RODZAJ ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

## ZAŁĄCZNIKI

Nr faktury / rachunku _____ data udzielenia świadczenia _____

## WNIOSKODAWCA:

Kwotę proszę przesłać na rachunek bankowy prowadzony pod numerem:

_____

**DATA I PODPIS:**

_____