

Numer umowy o świadczenie usługi kompleksowej / sprzedaży energii elektrycznej:

TREŚĆ DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU RABATOWEGO SKŁADANEJ PRZEZ KLIENTA

I. DANE KLIENTA

imię i nazwisko

ADRES ZAMIESZKANIA:

ulica, osiedle, plac, itp.

nr domu

nr lok.

kod pocztowy

miejsowość

PESEL

II. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że przystępuję do Programu Rabatowego, na zasadach wynikających z Oferty ENERGIA+ Zdrowie i wybieram następujący wariant Programu Rabatowego (Pakiet):

Pakiet	Wybrany Pakiet (zaznacz jedno pole)
Pakiet Indywidualny	<input type="checkbox"/>
Pakiet Partnerski	<input type="checkbox"/>
Pakiet Rodzinny	<input type="checkbox"/>

ZAZNACZA KLIENT

Wyrażam zgodę na udostępnienie przez ENEA S.A. moich danych osobowych LUX MED sp. z o.o. w celu przystąpienia do Programu Rabatowego i w celu udzielania Świadczeń zdrowotnych w ramach Programu Rabatowego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez LUX MED sp. z o.o. w celu udzielania Świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że przed wyrażeniem woli związania się Umową i przed przystąpieniem do Programu Rabatowego zostały mi udostępnione poniższe dokumenty, z których treścią zapoznałem się i ją akceptuję: Regulamin Oferty ENERGIA+ Zdrowie, Szczególne Warunki Udzielania Świadczeń Zdrowotnych dla Klientów ENEA S.A., Cennik Oferty ENERGIA+ Zdrowie:

Cennik Oferty ENERGIA+ Zdrowie		
Cennik Pakiet Indywidualny <input type="checkbox"/>	Cennik Pakiet Partnerski <input type="checkbox"/>	Cennik Pakiet Rodzinny <input type="checkbox"/>

ZAZNACZA KLIENT

III. INFORMACJE

Administratorem danych osobowych podanych w związku z przystąpieniem do Programu Rabatowego w ramach Oferty ENERGIA+ Zdrowie jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21 c, 02-676 Warszawa.

Dane osobowe przetwarzane będą przez LUX MED sp. z o.o. w celu udzielania Świadczeń zdrowotnych w ramach Programu Rabatowego.

Dane osobowe będą udostępniane przez LUX MED sp. z o.o. Placówkom współpracującym (podwykonawcom) w celu udzielania Świadczeń zdrowotnych w ramach Programu Rabatowego oraz dokonywania rozliczeń z tego tytułu.

Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji Świadczeń zdrowotnych w ramach Programu Rabatowego.

PODPISZ SIĘ TUTAJ

Podpis

Data (dd-mm-rrrr)