

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW MEDYCZNYCH

DANE OSOBY NA RZECZ KTÓREJ ZREALIZOWANO USŁUGĘ

Imię i nazwisko

.....

Nr PESEL

.....

Telefon kontaktowy

.....

Nazwa firmy będącą stroną umowy

.....

DANE PLACÓWKI W KTÓREJ ZREALIZOWANO USŁUGĘ

Pełna nazwa placówki

.....

Adres placówki

.....

Nazwa usługi

.....

Data wykonania usługi

.....

Powodem złożenia wniosku jest korzystanie z usługi „Swoboda Leczenia” (zwrot max 70% wartości faktury, przy czym suma wartości faktur nie może być wyższa niż 500,00 zł na kwartał)

Koszt usług zgodnie z **załączonymi fakturami** wyniósł: PLN brutto.
(wypełnia ENEL-MED)

Suma faktur na kwartał 2017 roku wynosi PLN brutto. (wypełnia ENEL-MED)

Zwrot kosztów proszę przelać na rachunek bankowy zgodnie z danymi poniżej:

nr rachunku bankowego

.....

nazwa banku

.....

właściciel rachunku

.....

Załączniki:

1.
2.
3.
4.

Jednocześnie potwierdzam, iż znam warunki zwrotu kosztów usługi zrealizowanej na fakturę, czyli:

- usługa jest objęta pakietem pacjenta w dniu jej wykonania
- faktura jest wystawiona na Centrum Medyczne ENEL-MED S.A., ul. Słomińskiego 19 lok.524, 00-195 Warszawa, NIP: 524-259-33-60
- faktura została przysłana do Departamentu Administracji Klientów Centrum Medycznego ENEL-MED S.A. maksymalnie w ciągu 2 miesięcy od dnia zrealizowania usługi.
- zwrot kosztów nastąpi w do 14 dni roboczych od prawidłowo dostarczonych faktur wraz z wypełnionym wnioskiem
- w przypadku badań diagnostycznych została załączona kserokopia skierowania na badania

Uwaga: powyższe warunki muszą być spełnione łącznie.

.....

.....

Miejscowość i data

*czytelny podpis
Osoby uprawnionej / Opiekuna prawnego osoby uprawnionej*