COMPLEX CARE
SZOLGÁLTATÁS LEMONDÁSA

Alulírott kijelentem, mint az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár tagja, hogy a Complex Care közösségi tartalékhoz csatlakozást le kívánom mondani.

Név	
Tagazonosító	
Állandó lakcím	
Levelezési cím	

NYILATKOZATOK

Tudomásul veszem, hogy a Complex Care szolgáltatások lemondása esetén a folyósítás alatt lévő szolgáltatások kifizetése megszüntetésre kerül.

Kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy ha a Complex Care szolgáltatást újra kérelmezem, akkor az újra csatlakozáskor az első díj levonását követően a szolgáltatásokra vonatkozó várakozási idők újraindulnak.

Dátum

Aláírás