MEDICOVER

UPOWAŻNIENIE DO OBCIĄŻANIA KARTY KREDYTOWEJ
AUTHORIZATION FOR CREDIT CARD DEDUCTION

Niniejszym upoważniam Medicover Sp. z o.o. do obciążania swojej karty kredytowej kwotami wynikającymi z faktur wystawianych na:
I hereby authorise Medicover to deduct from my credit card the amount resulting from the invoice issued on:

Nazwisko
Surname

Imię
Name

za usługi medyczne świadczone przez Medicover Sp. z o.o. w ramach karty:
for medical services rendered by Medicover within the framework of the type of Medicover card:blue

- ☐ niebieska / blue
- ☐ niebieska prestige / blue family
- ☐ niebieska rodzinna prestige / blue family prestige
- ☐ srebrna / silver
- ☐ srebrna rodzinna / silver family
- ☐ złota / gold
- ☐ złota rodzinna / gold family
- ☐ platynowa / platinum
- ☐ inna / other

Potrącenie może nastąpić nie wcześniej niż w terminie zapłaty określonym w umowie z Medicover o świadczenie usług medycznych
The deduction may occur not earlier than the payment term shown in the agreement with Medicover.

Oświadczam również, że upoważnienie utrzymuje swojż moc w przypadku przedłużenia ważności mojej karty medycznej na następny okres.
I also declare that this authorization remains valid should I renew my medical plan for a subsequent period.

Nazwisko posiadacza karty
Surname of cardholer

Imię posiadacza karty
Name of cardholder

Rodzaj karty kredytowej
Type of credit card

☐ Visa / Visa

☐ Mastercard / Mastercard

Data ważności karty
Expiration date

M M – R R R R

Numer karty kredytowej
Credit card number

Zobowiązuję się do regulowania opłat przelewem bankowym lub przekazem pocztowym w przypadku utraty ważności karty lub zaistnienia innej przyczyny uniemożliwiającej dokonania ww. potrącenia należności przez Medicover. W przypadku zmiany karty lub daty ważności karty prosimy o kontakt z Zespołem ds. Windykacji pod numerem telefonu 22 592 70 00.
Should the credit card expire or should Medicover be unable to deduct the above-mention amount from my credit card for any other reason,I will pay the invoiced amounts through bank or postal transfers. In the case of changing the card or its expiry date, please contact the Debt Collection Team on 22 592 70 00.

Miejsce i data
Place and date

Podpis posiadacza karty
Signature of cardholder