

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(nazwisko i imię osoby uprawnionej)

### OŚWIADCZENIE

W związku z dotychczasowym korzystaniem przez .....  
(nazwisko i imię osoby uprawnionej) z prywatnej opieki medycznej świadczonej przez Firmę LuxMed na podstawie umowy zawartej z Fundacją Wsparcia Policjantów w Warszawie - niniejszym oświadczam, iż biorąc pod uwagę przekazaną mi informację o planowanym podwyższeniu od dnia 1 marca 2018 roku abonamentu miesięcznego do kwoty 145 zł, zamierzam dalej korzystać/zrezygnować\* z tego programu.

.....  
(czytelny podpis osoby uprawnionej, bądź opiekuna prawnego)

\* niepotrzebne skreślić