

druk nr 1

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

.....
.....

Pesel

Tel.

Adres e-mail

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Jestem członkiem PTTD TAK NIE (właściwe
zakreślić)

Niniejszym oświadczam, że przystępuję do ubezpieczenia **Odpowiedzialności
Cywilnej Techników Dentystycznych** z sumą gwarancyjną (należy wybrać jedną
sumę)

1. **100 000 zł - 71,00 zł (składka roczna)**
2. **300 000 zł - 120,00 zł (składka roczna)**

Miejscowość i data.....

Czytelny podpis

Jeżeli adres stały jest inny niż zamieszkania, należy wpisać go poniżej:

.....
.....

KONTAKT:

KANCELARIA FINANSOWA BARBARA STĘPKOWSKA
ul. Kolejowa 127
07-417 Ostrołęka

adres e-mail: ubezpiezeniapttd@interia.pl

Tel. 29/64 23 999 501 373 809