

ZGODA NA PRZESYŁANIE FAKTUR W FORMIE ELEKTRONICZNEJ

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Szturmowa 2
02-678 Warszawa
NIP: 5272523080

Klient

Nazwa firmy:

Adres siedziby:

NIP:

Działając jako osoba uprawniona do reprezentowania Klienta, niniejszym wyrażam zgodę na wystawianie i przesyłanie Klientowi na Skrzynkę e-mail przez LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, faktur, duplikatów faktur oraz faktur korygujących w formie elektronicznej zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług (Dz.U. z dnia 11 marca 2004 r. Dz.U. Nr 2022, poz. 931, z późn. zm.).

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się i akceptuję w imieniu Klienta obowiązujący w LUX MED Regulamin przesyłania i udostępniania faktur w formie elektronicznej, co w szczególności oznacza, że akceptuję następujące postanowienia:

1. Przesyłanie faktur, duplikatów faktur oraz faktur korygujących w formie elektronicznej na Skrzynkę e-mail dotyczy wyłącznie faktur za świadczenia rozliczane w sposób zryczałtowany (rozliczenia abonamentowe),
2. LUX MED rozpocznie przesyłanie faktur, duplikatów faktur oraz faktur korygujących w formie elektronicznej począwszy od kolejnego Okresu Rozliczeniowego Umowy następującego po dniu, w którym LUX MED otrzymał poprawnie wypełnioną i podpisaną niniejszą zgodę;
3. Niniejsza zgoda skutkuje zmianą umów na świadczenia zdrowotne zawarte z LUX MED w zakresie dotyczącym sposobu wystawiania i doręczenia faktur, duplikatów faktur oraz faktur korygujących.

Adres Skrzynki e-mail, na którą ma być przesyłana faktura elektroniczna:

.....

Faktury będą przesyłane z adresu e-mail: **efaktura@luxmed.pl**.

Wyrażam również zgodę na wystawianie przez LUX MED faktur, faktur korygujących i duplikatów faktur w formie papierowej w okolicznościach opisanych w Regulaminie.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że niniejsza zgoda może zostać cofnięta powodując tym samym utratę prawa przez LUX MED do wystawienia i dostarczenia faktur Klientowi w formie elektronicznej na warunkach określonych w Regulaminie.

W przypadku zmiany adresu Skrzynki e-mail zobowiązuję się powiadomić LUX MED w trybie określonym w Regulaminie.

.....
data

.....
miejscowość

.....
czytelny podpis Klienta/ Pieczęć imienna