Doktor 24
ASISTENCA



Brez skrbi

Ste vedeli, da si s širjenjem dobrega glasu in nekaj pomoči pri vključevanju prijateljev, lahko plačate storitve Doktor 24 Asistence?

Ob vključevanju novih uporabnikov v skupino Doktor 24 Asistence opažamo, da ste za širitev skupine zaslužni tudi uporabniki,

- ki ste prepoznali vrednost hitrega dostopa do zdravnika brez napotnice in omejitev, ali celo udobje obiska zdravnika na svojem domu,
- ki dobre izkušnje delite s svojimi najdražjimi, prijatelji in znanci.

Zvestobo in uspešno nadaljnje širjenje dobrih sporočil želimo primerno nagraditi in tako tudi olajšati odločitev vašemu prijatelju.

- **Pravkar ste prejeli darilo v obliki popusta!**
  100 € je za vas vredna pristopnica za vsak nov član naše bolj zdrave verige Doktor 24 Asistence. Seveda se pristopnice seštevajo, kar za vas lahko pomeni tudi možnost brezplačne Doktor 24 Asistence za vedno.
- **Popust za vašega prijatelja, novega uporabnika Doktor 24 Asistence!**
  Vrednost popusta zanj je 50 € na samostojni paket in še 50 % nižja cena prvih 12 mesecev za dodatne pakete.

Kako do popusta 100 €, 50 €, 50 %

- Ob vključitvi vašega prijatelja v Doktor 24 Asistenco, preko Pristopne izjave za prijatelja, vam in osebi, ki ji priporočate storitve Doktor 24 Asistence, pripadajo ugodnosti.
- Ugodnost vam priznamo v primeru sklenitve nove pogodbe med osebo, ki ste jo priporočili, in PZA.
- Nagovorite lahko poljubno število prijateljev, zneski tako pridobljenih popustov se vam seštevajo.
- Razen pogodbenih, se te ugodnosti ne seštevajo s popusti drugih akcij.
- **Unovčite ga lahko do 31. decembra 2026.**
- Za dodatne informacije in naročilo dodatnih pristopnic nas lahko pokličete na 0820 08240 ali pišete na *asistenca@doktor24.si*

ADR P| P100-50-50_10.2026



Pristopnica
– kaj morate storiti?

Dobro preberite priložena pojasnila.

Obstoječi uporabniki svoje podatke obvezno vpišite v prostor, označen z »izpolni obstoječi uporabnik«

Priloženi obrazec Pristopna izjava odstopite svojim bližnjim in pospremite z lepimi besedami o izkušnjah, ki jih imate z nami.

Oseba, ki ste ji priporočili storitve Doktor 24 Asistence, naj pravilno izpolni še s svojimi podatki in podpisan obrazec pošlje na naš naslov.

Na ta način in samo s to pristopnico prejme nov uporabnik ob podpisu pogodbe 50 € v obliki popusta na samostojne pakete.

Če se odloči tudi za dodatno ponudbo, pa še 50 odstotni popust za prvih 12 mesecev na izbrane dodatne pakete.

Vi pa v obliki popusta prejmete znesek 100 €, ki ga bomo upoštevali pri plačilu prihodnjih obveznosti do Doktor 24 Asistence.

Popusta ne morete menjati za gotovino.

Lahko pa 100 € - znesek popusta za vas, v obliki darila prepustite prijatelju, sorodniku, ki se je vključil preko vaše pristopnice iz te akcije.

Novega uporabnika priporočam:
(izpolni obstoječi uporabnik)

* Ime

* Priimek

* Številka kartice Doktor 24 Asistence

* obvezno izpolniti

50 € nižja cena za samostojni paket in **50 % nižja cena** prvo leto za dodatne pakete velja le s to pristopnico do 31. decembra 2026.

Pristopna izjava za prijatelja
(izpolni nov uporabnik)

Pristopno izjavo pošljite na
Doktor 24 Asistenca, Savska cesta 3, Ljubljana

Ime in priimek

Naslov | Pošta in kraj

EMŠO | Telefon

e-pošta

☐ Nimam elektronskega naslova (račun želim prejeti izključno v papirni obliki).

☑ Pristopam v program Doktor 24 Asistenca, v celoti sprejemam splošne pogoje poslovanja PZA d.o.o., Ljubljana in podajam/va izrecno soglasje za uporabo osebnih podatkov kot izhaja iz splošnih pogojev.

☑ Strinjam/va se z uporabo osebnih podatkov z namenom obveščanja o novostih in storitvah ali tehničnih rešitvah in podobnih dejavnostih – ki jih ponuja izvajalec oziroma njegovi pogodbeni partnerji – zagotavljanja storitve: razčlenitev uporabnikov, statistične obdelave in obveščanje o ponudbah, neposredno trženje, vodenje analiz poslovanja.

Izbiram paket:
(označite želeno)

☐ SPECIALIST **Plus**
☐ SPECIALIST **Premium**

Izbranemu začetnemu dodajam:
(označite želeno)

☐ ZDRAVNIŠKI OBISK 24/7
☐ MR/CT preiskava
☐ ZOBJE
☐ FIZIOTERAPIJA

V

dne

Uporabnik
(lastnoročni podpis)

Zdravstvene storitve bom/bova plačeval/a na podlagi prejete položnice na naslednji način: :
(označite želeno)

☐ mesečno ☐ polletno ☐ letno

PZA, d.o.o.
Direktor Vito Vidmar, dr. med.

Vidmar Vito