

OŚWIADCZENIE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż zabieg, któremu się podaję, wykonywany jest na moją prośbę poza kolejnością chorych, wynikającą z umowy pomiędzy ALDEMED Centrum Medyczne Sp. z o.o. a NFZ.

Jestem poinformowany o przebiegu leczenia. Oświadczam, że nie będę wnosił/a o zwrot kosztów leczenia przez LOW NFZ.

.....
data i czytelny podpis pacjenta