

.....
Imię i nazwisko

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

PESEL

.....
Data urodzenia**O Ś W I A D C Z E N I E**

Uprzejmie proszę o umożliwienie mi wykonania w trybie odpłatnym badań wymienionych w załączonym skierowaniu.

Oświadczam, że wiem o możliwości ich wykonania w trybie bezpłatnym – finansowanym w ramach mojego ubezpieczenia zdrowotnego, ale świadomie z tej możliwości rezygnuję. Nie będę rościł zwrotu kosztów od Narodowego Funduszu Zdrowia za w/w badania.

Gdańsk, dnia.....

.....
Czytelny podpis pacjenta

Strona 1 z 1

.....
Imię i nazwisko

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

PESEL

.....
Data urodzenia**O Ś W I A D C Z E N I E**

Uprzejmie proszę o umożliwienie mi wykonania w trybie odpłatnym badań wymienionych w załączonym skierowaniu.

Oświadczam, że wiem o możliwości ich wykonania w trybie bezpłatnym – finansowanym w ramach mojego ubezpieczenia zdrowotnego, ale świadomie z tej możliwości rezygnuję. Nie będę rościł zwrotu kosztów od Narodowego Funduszu Zdrowia za w/w badania.

Gdańsk, dnia.....

.....
Czytelny podpis pacjenta

Strona 1 z 1

.....
Imię i nazwisko

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

PESEL

.....
Data urodzenia**O Ś W I A D C Z E N I E**

Uprzejmie proszę o umożliwienie mi wykonania w trybie odpłatnym badań wymienionych w załączonym skierowaniu.

Oświadczam, że wiem o możliwości ich wykonania w trybie bezpłatnym – finansowanym w ramach mojego ubezpieczenia zdrowotnego, ale świadomie z tej możliwości rezygnuję. Nie będę rościł zwrotu kosztów od Narodowego Funduszu Zdrowia za w/w badania.

Gdańsk, dnia.....

.....
Czytelny podpis pacjenta

Strona 1 z 1

.....
Imię i nazwisko

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

PESEL

.....
Data urodzenia**O Ś W I A D C Z E N I E**

Uprzejmie proszę o umożliwienie mi wykonania w trybie odpłatnym badań wymienionych w załączonym skierowaniu.

Oświadczam, że wiem o możliwości ich wykonania w trybie bezpłatnym – finansowanym w ramach mojego ubezpieczenia zdrowotnego, ale świadomie z tej możliwości rezygnuję. Nie będę rościł zwrotu kosztów od Narodowego Funduszu Zdrowia za w/w badania.

Gdańsk, dnia.....

.....
Czytelny podpis pacjenta

Strona 1 z 1