

Data .....r.

### Oświadczenie pacjenta korzystającego ze świadczeń odpłatnych

Ja, niżej odpisana/-y

Nazwisko i imię .....

PESEL 

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

oświadczam, że zostałam/em poinformowany o możliwości skorzystania w Centrum Medycznym i Rehabilitacji KRIOSONIK ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ oraz o zasadach ich realizacji. Jednocześnie oświadczam, że pomimo tego świadomie decyduję się na skorzystanie w Centrum Medycznym i Rehabilitacji KRIOSONIK z odpłatnych usług opieki zdrowotnej okresie/dniu:

.....

.....  
*czytelny podpis pacjenta*