

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że w przypadku braku posiadania wymaganych badań nie będę mógł/ła zostać przyjęty/a do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Zabrze przy ul. Zamkowej 4.

Imię i nazwisko pacjenta

.....
(data i podpis)

OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanych badań w związku z rozpatrzeniem wniosku o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ul. Zamkowej 4 , zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Miejskim w Zabrze.

Imię i nazwisko pacjenta

.....
(data i podpis)

Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o możliwości wykonania badań na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia w innej placówce, która posiada stosowną umowę, jednak nie zamierzam z tej formy świadczenia usług korzystać.

Imię i nazwisko pacjenta

.....
(data i podpis)