

1. Oświadczenie dotyczy zabiegów komercyjnych

Oświadczam, że ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenia finansowane w ramach umowy NFZ wyrażam zgodę na realizację świadczeń na zasadach komercyjnych w:

Poradni Okulistycznej*

Poradni Rehabilitacyjnej*

Pracowni Fizjoterapii*

w Centrum Medycyny i Rehabilitacji ARTKINEZIS na podstawie oryginału/kopii* zlecenia uprawniającego do świadczeń finansowanych w ramach umowy z NFZ

Data:..... Podpis pacjenta:.....

*) niepotrzebne skreślić

2. Oświadczenie dotyczy rezygnacji z zabiegu

Oświadczam, że wyrażam zgodę na realizację skierowania uprawniającego do świadczeń finansowanych w ramach umowy NFZ bez zabiegu z powodu

Data:.....Podpis pacjenta:.....