

data

imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż zabieg któremu się poddaję, wykonywany jest na moją prośbę poza kolejnością chorych, wynikającą z umowy pomiędzy S.C.M – Urolog sp. j. a NFZ.
Jestem poinformowany o przebiegu leczenia.
Oświadczam, że nie będę wnosił/a o zwrot kosztów leczenia przez LOW NFZ.

.....
PODPIS PACJENTA