

OŚWIADCZENIE

Ja, imię:, nazwisko:

Nr PESEL:, zamieszkały:

Numer Oddziału

Nazwa usługi:

oświadczam, że zostałem poinformowany przez Centermed spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Tarnowie prowadzącą tutejszy Szpital przy ul. Łazarza 14 w Krakowie o konieczności oczekiwania w kolejce na wykonanie ww. zabiegu oraz o prawdopodobnym terminie wykonania zabiegu w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W związku z powyższym oświadczam, że rezygnuję z oczekiwania na zabieg w kolejce i z wykonania tego zabiegu w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, oraz wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu w całości odpłatnie, poza uprawnieniami przysługującymi mi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego określonego ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tym samym:

- 1) zobowiązuję się zapłacić za powyższe świadczenie medyczne z własnych środków, zgodnie z cennikiem ustalonym przez Centermed spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Tarnowie oraz,
- 2) nie będę z tego tytułu wnosić jakichkolwiek roszczeń wobec Narodowego Funduszu Zdrowia i Centermed spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Tarnowie.

.....
Kraków, dnia, godz.
podpis pacjenta