

**ZGODA**  
**na pokrycie kosztów leczenia odpłatnego**  
**w „Szpitalu Powiatowym w Jarocinie” sp. z o.o.**

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia kosztów leczenia realizowanego poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego polegającego na: .....

.....  
/opis świadczenia zdrowotnego/

Ustaloną cenę w wysokości: ..... zł

(słownie .....)

Obejmującą .....

.....  
/należy podać pozycje z cennika/

Zobowiązuję się zapłacić najpóźniej w dniu przyjęcia, w kasie Szpitala bądź na poniższy

rachunek: PKO Bank Polski

35 1020 2212 0000 5902 0304 2918

(w przypadku przelewu niezbędne jest potwierdzenie dokonanych opłat)

Jednocześnie zobowiązuje się do pokrycia dodatkowych kosztów wynikających z rodzaju zastosowanego do zabiegu materiału, jeżeli taka sytuacja została określona w przedstawionym mi cenniku.

.....  
/czytelny podpis pacjenta/