

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: Bank Spółdzielczy w Jarocinie

87 8427 0009 0029 0010 2000 0001

(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/