

Kraków, dn. ....

## ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ODPLATNEGO

Ja niżej podpisany(a)....., zamieszkały(a)

.....

PESEL nr .....

oświadczam, że:

1. zostałem(am) poinformowany(a), że udzielane świadczenie zdrowotne w Poradni Neurologicznej jest udzielane poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego (odpłatne) i nie podlega refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
2. zapoznałem się z obowiązującym cennikiem i wyrażam zgodę na udzielenie mi świadczenia zdrowotnego odpłatnie, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii;
3. wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w celach wyłącznie związanych z udzielonym świadczeniem.

.....

(data i podpis pacjenta)

Podpis odbierającego oświadczenie:

.....