Załącznik nr 1 do umowy

Kraków, dn. …….

OŚWIADCZENIE

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

……...

oświadczam, że:

1. zostałem(am) poinformowany(a), że Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii nie posiada kontraktu z NFZ w związku z powyższym świadczenie zdrowotne w Poradni Medycyny Sportowej nie jest finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. zostałam (-em) poinformowany i przyjmuję do wiadomości, że świadczenia udzielane poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego (odpłatne) nie podlegają refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
3. zapoznałem się z obowiązującym cennikiem i wyrażam świadomą zgodę na udzielenie mi świadczenia zdrowotnego odpłatnie, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii
4. rezygnuję z prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
5. wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w celach wyłącznie związanych z udzielonym świadczeniem.

.....

(data i podpis pacjenta)

Podpis odbierającego oświadczenie:

…….