

Dział Fizjoterapii

Centrum Medyczne i Rehabilitacji KRIOSONIK

KRIOSONIK Sp. z o.o. ul. Wysockiego 51, 03 - 202 Warszawa

Data ................................r.

**Oświadczenie pacjenta korzystającego ze świadczeń odpłatnych**

Ja, niżej odpisana/-y

Nazwisko i imię ……………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

oświadczam, że zostałam/em poinformowany o możliwości skorzystania w Centrum Medycznym   
i Rehabilitacji KRIOSONIK ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ oraz o zasadach ich realizacji. Jednocześnie oświadczam, że pomimo tego świadomie decyduję się na skorzystanie   
w Centrum Medycznym i Rehabilitacji KRIOSONIK z odpłatnych usług opieki zdrowotnej okresie/dniu:

..........................................................

..............................................

*czytelny podpis pacjenta*