

Imię i nazwisko pacjenta:

Nowogrodziec, dnia.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na leczenie w ZOL-u w Nowogrodźcu i pobieranie comiesięcznej opłaty w wysokości 70% mojego świadczenia (renty, emerytury, bądź zasiłku).

.....

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej