

Załącznik nr 2 do Regulaminu udzielania świadczeń komercyjnych – odpłatnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej

OŚWIADCZENIE

dotyczące zgody na zabiegi odpłatne

Nazwa zabiegu:
.....

Oświadczam, że zostałem należycie, wyczerpująco i w sposób dla mnie zrozumiały poinformowany o tym, że proponowane świadczenia medyczne udzielane są za odpłatnością (na zasadach komercyjnych) i wyrażam na to świadomą zgodę.

Oświadczam również, że zobowiązuje się do uiszczenia opłaty za wykonane świadczenia w wysokości określonej w cenniku usług obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach.

Zostałem poinformowany o tym, że powyższe świadczenia mogę otrzymać nieodpłatnie w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w innym terminie wynikającym z kolejki prowadzonej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach. Oświadczam, że chce otrzymać powyższe świadczenie odpłatnie w Pracowni Fizjoterapii w Górze. Oświadczam, że rezygnuję z zabiegów nieodpłatnych w ramach umowy w NFZ.

Data:.....

Podpis pacjenta:.....

UWAGA ŚWIADCZENIA UDZIELANE ODPLATNIE