

**OŚWIADCZENIE PACJENTA KORZYSTAJĄCEGO  
ZE ŚWIADCZEŃ ODPŁATNYCH**

Ja niżej podpisana/-y

Nazwisko i Imię .....

PESEL.....

oświadczam, że zostałam/em poinformowany o możliwości skorzystania w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Łuksja -Med ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ oraz o zasadach ich realizacji. Jednocześnie oświadczam, że pomimo tego świadomie decyduję się na skorzystanie w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Łuksja -Med z odpłatnych usług opieki zdrowotnej okresie/dniu : .....

.....  
czytelny podpis pacjenta