



REZYGNACJA Z WYZNACZONEGO TERMINU BADANIA / ZABIEGU / PORADY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres:

Świadomie i z własnego wyboru rezygnuję z terminu wyznaczonego na dzień
(wypełnić właściwie)

badania

zabiegu

porady

Oświadczam, że odebrałem/am skierowanie i jest mi wiadomo, że ww. badanie /zabieg /poradę, można wykonać nieodpłatnie ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach mojego ubezpieczenia zdrowotnego, ale z tej możliwości rezygnuję.

Siedlce, dnia

.....
/czytelny podpis/



REZYGNACJA Z WYZNACZONEGO TERMINU BADANIA / ZABIEGU / PORADY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres:

Świadomie i z własnego wyboru rezygnuję z terminu wyznaczonego na dzień
(wypełnić właściwie)

badania

zabiegu

porady

Oświadczam, że odebrałem/am skierowanie i jest mi wiadomo, że ww. badanie /zabieg /poradę, można wykonać nieodpłatnie ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach mojego ubezpieczenia zdrowotnego, ale z tej możliwości rezygnuję.

Siedlce, dnia

.....
/czytelny podpis/