

OŚWIADCZENIE PACJENTA O ODPŁATNYM WYKONANIU BADANIA

Nazwisko i imię Pacjenta

Adres zamieszkania

Nr PESEL.....

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. jestem świadomy/a tego, iż posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
2. zostałem/am poinformowany/a o możliwości oczekiwania na wykonanie badania w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy – Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie (lub innym podmiocie, który zawarł umowę z NFZ na wykonanie badania) ze środków publicznych, tj. bez obowiązku zapłaty przez Pacjenta,
3. zlecam Wojewódzkiemu Ośrodkowi Medycyny Pracy – Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie (zwanym WOMP-ZCLiP) wykonanie badania

.....
na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie zobowiązuję się do zapłaty za wykonanie ww. badania, zgodnie z cennikiem WOMP-ZCLiP obowiązującym w dniu zlecenia badania.

Oświadczam także, iż nie będę rościł/a żadnych roszczeń w stosunku do WOMP-ZCLiP z tytułu tego, że zapłaciłem/am za wykonane powyżej badanie.

Zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, umieszczona na tablicy informacyjnej / stronie www.womp.szczecin.pl

.....
(podpis Pacjenta)