

Oświadczenie

dotyczy wyłącznie pacjentów wykonujących badanie refundowane przez NFZ

Niniejszym oświadczam, że w dniu wykonywania badania rezonansu magnetycznego (MR) w Szpitalu Powiatowym Gajda-Med w Pułtusk, nie jestem osobą hospitalizowaną, ani nie przebywam na przepustce szpitalnej.

Nie wykonuję również w dniu dzisiejszym żadnych badań rezonansu magnetycznego (MR) u innego świadczeniodawcy w ramach ubezpieczenia w NFZ.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

DATA:CZYTELNY PODPIS (IMIĘ I NAZWISKO).....

ODBIÓR WYNIKÓW :

- ☐ ODBIÓR OSOBISTY (ZA OKAZANIEM DOWODU TOŻSAMOŚCI) *
- ☐ UPOWAŻNIENIE *

*** zaznaczyć właściwe**