

<i>Pieczczę nagłówkowa komórki organizacyjnej</i>	<b>Oświadczenie pacjenta o odpłatnym wykonaniu badania</b>	F-PP-0-20-1
---	--	-------------

Nazwisko i imię pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

Seria i nr dowodu osobistego .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż **zostałem/am poinformowany/a o najbliższym możliwym terminie wykonania badania** \_\_\_\_\_

w SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie **zgodnie z kolejką oczekujących i zgodnie z zasadami realizacji umowy z NFZ**. Termin wykonania w/w badania zgodnie z kolejką oczekujących pacjentów w ramach finansowania badania przez NFZ przypada w dniu \_\_\_\_\_.

**Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości oczekiwania na wykonanie w/w badania w powyższym terminie oraz o możliwości wykonanie tego badania finansowanego ze środków publicznych w innym podmiocie, który zawarł umowę na ich wykonywanie z NFZ.**

Mam świadomość, iż przedmiotowe badanie może być finansowane ze środków publicznych, ale ze względu na przewidywany okres oczekiwania, chcę aby to badanie zostało wykonane na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tym samym oświadczam, iż nie chcę, aby w/w badanie zostało wykonane w ramach finansowania ze środków publicznych.

**Wnoszę o wykonanie badania** \_\_\_\_\_  
**na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

**Jednocześnie zobowiązuję się do zapłaty kwoty** \_\_\_\_\_ (słownie \_\_\_\_\_ złotych) za wykonanie w/w badania. **Kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim zostanie uiszczona przeze mnie na rzecz SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie przed terminem wykonania badania.**

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, iż powyższe odpłatne badanie zostanie wykonane w dniu \_\_\_\_\_, na co wyrażam zgodę.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko