

**WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA  
PRZYCHODNIA LECARSKA SP ZOZ  
PRACOWNIA FIZJOTERAPII**  
ul. Polna 24, 70-400 SZCZECINEK, tel. 34/374-39-13  
k. rej. nr 00000010542 cz.: V-01, VII-019, VIII-1310  
NIP 073-16-26-801 Regon 33001014200026

.....  
miejsowość , data

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL : .....

Adres : .....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zakazie korzystania w czasie pobytu na cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych w WSPL, ze świadczeń medycznych z zakresu fizjoterapia u innych świadczeniodawców.

W związku z powyższym przyjmuję do wiadomości, że złamanie w/w zakazu może skutkować obciążeniem mnie przez Wojskową Specjalistyczną Przychodnię Lekarską kosztami pobytu i leczenia, których nie sfinansuje NFZ, na co jednocześnie wyrażam zgodę.

.....  
podpis pacjenta

.....  
podpis odbierającego oświadczenie