



**REZYGNACJA Z BADANIA WSPÓŁFINANSOWANEGO
PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ)**

Ja niżej podpisany/a, świadomie rezygnuję z kolejki osób oczekujących na badanie metodą rezonansu magnetycznego w Przychodni SDA – MED w Chełmie, w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury według obowiązującego w Przychodni SDA-MED prowadzącej Pracownię Rezonansu Magnetycznego cennika badań i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za ww. badanie. Oświadczam, że w związku z poniesieniem opłaty za wykonanie badania obrazowego nie będę wnosił/a żadnych roszczeń do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proszę o badanie

(nazwa badania z cennika i cena)

.....

(data i czytelny podpis pacjenta)



**REZYGNACJA Z BADANIA WSPÓŁFINANSOWANEGO
PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ)**

Ja niżej podpisany/a, świadomie rezygnuję z kolejki osób oczekujących na badanie metodą rezonansu magnetycznego w Przychodni SDA – MED w Chełmie, w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury według obowiązującego w Przychodni SDA-MED prowadzącej Pracownię Rezonansu Magnetycznego cennika badań i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za ww. badanie. Oświadczam, że w związku z poniesieniem opłaty za wykonanie badania obrazowego nie będę wnosił/a żadnych roszczeń do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proszę o badanie

(nazwa badania z cennika i cena)

.....

(data i czytelny podpis pacjenta)