

POTWIERDZENIE WYKONANIA BADANIA PRYWATNEGO

DATA BADANIA

MIEJSCE BADANIA

OPŁATA ZA BADANIE

DANE PACJENTA

IMIĘ

NAZWISKO

TELEFON

PESEL

OPŁATĘ ZA MOJE BADANIE WNIÓŚŁ/WNIOSŁA

IMIĘ I NAZWISKO

DATA WNIESIENIA OPŁATY

Czy chce pan/pani otrzymać fakturę vat? TAK NIE

DANE DO FAKTURY

DANE NABYWCY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NUMER LOKALU

KOD POCZTOWY

*NIP

*PRZYPADKU GDY JEST KONIECZNY

ADRES NA KTÓRY NALEŻY WYŚLAĆ FAKTURĘ VAT

DANE NABYWCY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NUMER LOKALU

KOD POCZTOWY

Potwierdzam, że jestem w pełni świadomy, że wykonanie badania jest badaniem prywatnym i nie podlega refundacji przez NFZ

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA