

Miejscowość, dn.

.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

.....
Numer PESEL

.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH ORAZ Z
BADANIA TK, RM W RAMACH BADAŃ KOSZTOCHŁONNYCH
REFUNDOWANYCH PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA**

Oświadczam, że rezygnuję z kolejki oczekujących oraz z badania refundowanego przez NFZ:

Tomografii Komputerowej
(proszę wpisać rodzaj/zakres badania)

Rezonansu Magnetycznego
(proszę wpisać rodzaj/zakres badania)

wykonanego w LUX MED. Sp. z o. o. – jednostka organizacyjna LUX MED Diagnostyka

.....
(proszę wpisać datę badania)

Jednocześnie proszę o wykonanie wyżej wymienionego badania odpłatnie, zgodnie z obowiązującymi w LUX MED Sp. z o. o. – jednostka organizacyjna LUX MED Diagnostyka cenami dla Pacjentów prywatnych.

.....
(czytelny podpis pacjenta)