



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F19

DECYZJA O ZANIECHANIU LUB WYKONANIU SEKCJI ZWŁOK

Imię i nazwisko :

PESEL:

Adres zamieszkania:

Ulica:

Nr domu:

Kod pocztowy, miejscowość:

Dowód osobisty:

Przyczyna płatności:

Brak prawa do świadczenia zdrowotnego

Inna

ZOBOWIĄZANIE DO POKRYCIA KOSZTÓW ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO UDZIELONEGO W SZPITALU KLINICZNYM im. Dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej - SPZOZ w Bydgoszczy.

Ja niżej podpisany/a, zobowiązuję się do pokrycia pełnych kosztów świadczeń medycznych udzielonych w **Szpitalu Klinicznym im. Dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej SPZOZ w Bydgoszczy** zgodnie z fakturą VAT wystawioną na podstawie cennika usług medycznych, obowiązującego w dniu świadczenia tych usług.

<i>Data</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.: