



# RESMED

---

## OŚWIADCZENIE I ZGODA PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO.....

ADRES.....

PESEL..... DATA URODZENIA.....

PŁEĆ..... TELEFON.....

ADRES EMAIL.....

1. Wyrażam zgodę CENTRUM MEDYCZNEMU RESMED SP. Z O.O. z siedzibą w BYTOMIU przy ul. Tetmajera 1b/7 na rejestrację mojego badania USG na płycie CD oraz na pokrycie kosztów zapisu zgodnie z obowiązującym cennikiem.

WYRAŻAM ZGODĘ

NIE WYRAŻAM ZGODY

Data:.....

Podpis pacjenta:.....

Podpis świadczeniodawcy:.....