

**UMOWA ZLECENIA NR .../..... z dnia.....**

Ja .....

*/imię i nazwisko/adres zamieszkania nr PESEL/*

oświadczam, że nie jestem uprawniony do korzystania z usług medycznych w WSSz.im.  
dr Wł Biegańskiego w Łodzi.

W związku z powyższym zlecam wykonanie usługi medycznej, za którą zobowiązuję się wnieść opłatę zgodna z obowiązującym cennikiem.

Zostałem poinformowany o ryzyku, możliwych powikłaniach i zasadach postępowania/ po pobraniu materiału/wykonaniu badań/ wykonaniu zabiegu.

W sprawach nieuregulowanych w umowie stosuje się przepisy kodeksu cywilnego.

Z up. Dyrektora .....

ZLECENIODAWCA

.....

Data i podpis ZLECENIOBIORCY

Wynik badania /proszę wskazać:

 Odbiorę osobiście Upoważniam do odbioru nw. osobę

.....

Imię nazwisko, nr dowodu osobistego lub adres

.....

Data i podpis pacjenta

- *Niepotrzebne skreślić*