

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Nazwa i adres ośrodka kierującego pacjentem do badania)

.....

Miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że szpital posiada podpisany kontrakt z NFZ nr,
a skierowany na badanie w Pracowni Rezonansu Magnetycznego pacjent

.....

(imię i nazwisko pacjenta kierowanego)

leczone jest w ramach procedur finansowanych w ramach umowy z NFZ.

.....

(podpis osoby reprezentującej ośrodek kierujący pacjentem)