……..…….
miejscowość i data

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczamy, że akceptujemy warunki zawarte w zarządzeniu nr 2/2015 z dnia 18 maja 2015 Kierownika NZOZ Przychodni Stary Zdrój z siedzibą w Wałbrzychu dotyczące wysokości opłaty za udzielenie informacji zakładom ubezpieczeń o stanie zdrowia ubezpieczonego i zobowiązujemy się do zapłaty rachunku wystawionego przez NZOZ Przychodnia Stary Zdrój sp. z o.o. z siedzibą w Wałbrzychu przy ul. A. Krajowej 22-23 we wskazanym terminie.

……..……..
nazwa i adres zakładu ubezpieczeń
oraz podpis osoby upoważnionej