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

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓRA OPŁACIŁA RACHUNEK/RACHUNKI

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

……………………………………………………………………………….

DANE ADRESOWE

**OŚWIADCZENIE**

**INFORMUJĘ, ŻE, JA………………………………………………………………………………….. OPŁACIŁAM/OPŁACIŁEM:**

* **RACHUNEK NR………..…………………………………………………NA KWOTĘ………………………….............**

**ZA ŚWIADCZENIA MEDYCZNE UDZIELONE NA TERENIE …………………………………………………………………... PANI/PANU……………………………………………………………………………………………………………………………………, ZAMIESZKAŁEJ/ZAMIESZKAŁEGO:……………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**OŚWIADCZAM, ŻE PANI/PAN…………………………………………………………………………………………………………**

* **ZWRÓCIŁA/ZWRÓCIŁ MI PONIESIONE KOSZTY/ \***
* **ZOBOWIĄZAŁA/ZOBOWIĄZAŁ SIĘ DO ZWROTU PONIESIONYCH PRZEZE MNIE KOSZTÓW\***

**\*niepotrzebne skreślić**

**W WYSOKOŚCI……………………………………………………………………….WYNIKAJĄCYCH Z WW. RACHUNKU.**

**…..………………………………………………. ……………………………………………………………………………**

 **DATA PODPIS OSOBY, KTÓRA OPŁACIŁA RACHUNEK/RACHUNKI**