

Oświadczenie Pacjenta

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu Olsztyńskiego Centrum Rehabilitacji lek. med. Urszula Hura-Ruitenbach sp. z o.o. dotyczącego obowiązku wpłaty zadatku za umówione zabiegi.

Potwierdzam, że w pełni rozumiem wszystkie zasady zawarte w Regulaminie, w szczególności dotyczące:

1. Obowiązku wpłaty zadatku za umówione wizyty i serie zabiegów oraz terminów, w których wpłata musi zostać dokonana.
2. Zasad anulowania wizyt oraz warunków zwrotu wpłaconych środków.
3. Konsekwencji braku wpłaty lub niestawienia się na umówioną wizytę.

Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu oraz do uiszczania wszelkich opłat zgodnie z jego zapisami.

Oświadczam również, że jestem świadomy/a, że nieprzestrzeganie powyższych zasad może skutkować automatycznym anulowaniem umówionych wizyt i utratą wpłaconych środków.

Data: _____

Imię i nazwisko Pacjenta: _____

Czytelny podpis Pacjenta: _____