

**OŚWIADCZENIE**  
**ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII**

---

Niniejszym oświadczam, że w ciągu 14 dni zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, otrzymanej w dniu 

--	--

--	--

--	--	--	--

**UWAGA:** Należność należy wpłacić w kasie Zakładu czynnej od poniedziałku do piątku w godzinach 07:00 – 14:30, bądź przelewem na konto Zakładu: ING Bank Śląski 73 1050 1559 1000 0022 5775 9007.

**Informację dotyczącą kwoty należy uzyskać telefonicznie w Kancelarii Zakładu od poniedziałku do piątku w godzinach 07:00 – 14:30, tel. 91 4251409.**

---

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)