

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: Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, nr konta: 45 1240 1066 1111 0011 4582 5901.

Informację dotyczącą kwoty należy uzyskać telefonicznie w Centrum Koordynacji Opieki nad Pacjentem od poniedziałku do piątku w godzinach 07:00 – 14:30, tel. 91 5647143.

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)