



**NARODOWY INSTYTUT KARDIOLOGII**  
Stefana kardynała Wyszyńskiego  
PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY

ul. Alpejska 42  
04-628 Warszawa (Anin)  
[www.ikard.pl](http://www.ikard.pl)

## OŚWIADCZENIE

### **Dane pacjenta:**

**Imię i nazwisko:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

**Nr dowodu tożsamości:** ..... **Tel.:** .....

Oświadczam, że nie jestem objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W związku z tym wnoszę, aby świadczenie zdrowotne p.n.:

.....  
(rodzaj świadczenia zdrowotnego)

zostało mi udzielone na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztu w.w. świadczenia zdrowotnego dokonując wpłaty na numer konta wskazany poniżej lub w Rejestracji Instytutu i okazania dowodu wpłaty najpóźniej w dniu udzielenia świadczenia zdrowotnego.

**Koszt świadczenia zdrowotnego w złotych:** .....

kwota słownie w złotych: .....

Rachunek bankowy na który należy dokonać wpłaty:

NARODOWY INSTYTUT KARDIOLOGII STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO – PIB;  
04-628 Warszawa, ul. Alpejska 42

**36 1020 4476 0000 8102 0477 0741 Bank: PKO Bank Polski**

.....  
*Data i podpis Pacjenta*