

ZLECENIE KASOWE

/należy okazać w kasie - podstawa wystawienia rachunku/

Dla

.....

*imię i nazwisko Finansującego*

Odpłatne świadczenie zdrowotne zgodne z umową nr .....

dla .....

*imię i nazwisko Zleceniodawcy/Pacjenta*

Rodzaj świadczenia: .....

.....

Kwota odpłatności: ..... zł

słownie: ..... złotych

.....  
*podpis kierownika ZOL*

.....  
ZLECENIODAWCA/PACJENT  
*(data i czytelny podpis)*

.....  
FINANSUJĄCY  
*(data i czytelny podpis)*

 