Synergia dla zdrowia

CMP CENTRUM MEDYCZNE

WNIOSEK REFUNDACYJNY
KOSZTÓW WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

WNIOSKODAWCA:
(uzupełnia rodzic/opiekun prawny w przypadku, gdy Osobą Uprawnioną jest osoba niepełnoletnia/ubezwłasnowolniona)

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

OSOBA UPRAWNIONA:

Imię: _____

Nazwisko: _____

Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym: _____

PESEL: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

RODZAJ ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

ZAŁĄCZNIKI:

1. numer faktury/rachunku _____ **data udzielenia świadczenia** _____

SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA:

Kwotę proszę przesłać na rachunek bankowy prowadzony pod numerem:

PODPIS:

_____

podpis **data**