

Piaski, dnia ... 20... r.

Bonifraterskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.
ul. Traugutta 57/59
50-417 Wrocław

Oświadczenie Pacjenta o rozwiązaniu umowy

Działając w imieniu własnym/jako przedstawiciel ustawowy/jako pełnomocnik* oświadczam, iż rozwiązuję umowę na odpłatny pobyt w zakładzie leczniczym Bonifraterskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. we Wrocławiu, zawartą w dniu r., dotyczącą pobytu Pacjenta:

Pani/Pana

.....

Adres:

.....

PESEL:

Przyczynę rozwiązania przeze mnie umowy stanowi

.....

Oświadczam, iż jestem świadoma/świadomy* obowiązku Pacjenta niezwłocznego opuszczenia miejsca pobytu i uiszczenia należności przewidzianych umową.

.....

* - niepotrzebne skreślić