

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie

ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyn

ORGANIZATOR

zał. nr1 do Regulaminu Szkoły rodzenia

WNIOSEK O UDZIELENIE RABATU

Wypełnia Wnioskodawca:

Niniejszym jako Uczestniczka Szkoły rodzenia przy ZZOZ w Cieszynie wnoszę o przyznanie zgodnie z Regulaminem Szkoły rodzenia udzielenia rabatu na poniesione opłaty tytułem uczestnictwa w cyklu zajęć profilaktyczno – edukacyjnych.

Dane Wnioskodawcy: *

Imię: Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Adres do korespondencji:

.....

nr PESEL:

Telefon:

Adres e-mail:

Numer rachunku bankowego:

.....

Nazwa banku:

* Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych

Podpis wnioskodawcy

Wypełnia Lekarz lub Położna Oddziałowa Oddziału ginekologiczno – położniczego:

Potwierdzam poród Uczestniczki w naszym oddziale

Podpis lekarza lub położnej oddziałowej oddziału (z pieczętką imienną)

.....,

Miejscowość:, data:

Potwierdzam, że poród nie może odbyć się w naszym szpitalu ze wskazań medycznych

Podpis lekarza oddziału (z pieczętką imienną)

Miejscowość:, data: