

.....
Miejscowość, data

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie
ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyn

ORGANIZATOR

**WNIOSEK O ZWROT OPŁATY ZA UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH SZKOŁY
RODZENIA W PRZYPADKU REZYGNACJI UCZESTNICZKI Z PRZYCZYN
MEDYCZNYCH**

Wypełnia Wnioskodawca:

Niniejszym jako Uczestniczka szkoły rodzenia przy ZZOZ w Cieszynie wnoszę o zwrot kosztów tytułem rezygnacji z zajęć z przyczyn medycznych, zgodnie z Regulaminem Szkoły rodzenia.

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

DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM KOPIĘ ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO

Miejscowość:, data:

Nieobecność Uczestniczki potwierdzona przez pielęgniarkę / położną prowadzącą zajęcia:

Ilość zajęć, które nie zostały zrealizowane:

Data i podpis położnej (z pieczętką imienną) prowadzącej zajęcia Szkoły rodzenia

Kwota do zwrotu: