

Imię i nazwisko **Pożyczkobiorcy**

Imię i Nazwisko **Pacjenta**

CAŁKOWITY KOSZT ZABIEGU	DATA */**	KWOTA POŻYCZKI	WYSZCZEGÓLNIENIE (nazwa zabiegu)
.....zł			
WNIESIONY WKŁAD WŁASNY			
..... zł			

* dopuszczalna jest zmiana terminu kolejnego etapu leczenia z tolerancją do +3 miesięcy (jeśli zmiana taka jest medycznie uzasadniona)

** zmiana daty kolejnego etapu leczenia może nastąpić poprzez ustne oświadczenia lekarza prowadzącego

Przewidywany termin zakończenia leczenia (miesiąc / rok)

Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego/ osoby upoważnionej

.....