

Warszawa, dnia

Zobowiązanie do zapłaty

Ja,zam. w przy ul.
legitymujący(a) się dowodem osobistym seria i nr/paszportem nr,
niniejszym oświadczam, że zobowiązuję się do zapłaty wynagrodzenia na rzecz „Sport Medica” S.A. („Spółka”) z
tytułu udzielania mi świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwach Spółki tj. w Niepublicznym Zakładzie Opieki
Zdrowotnej Carolina Medical Center Przychodnia Specjalistyczna oraz w Niepublicznym Zakładzie Opieki
Zdrowotnej Carolina Medical Center Szpital w Warszawie przy ul. Pory 78, - zgodnie z terminem wskazanym w
umowie lub z terminem wskazanym na fakturze wystawionej przez Spółkę .

Zapłata należności w kwocie (słownie:
.....) nastąpi w kasie lub na rachunek bankowy Sport Medica S. A. o
numerze:

12 1020 1169 0000 8302 0094 7408

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis osoby przyjmującej
zobowiązanie

Warsaw, date

An obligation to payment

I, the undersigned, residing in
....., country holder of an ID / Passport No.
....., hereby declare that I am obliged to pay compensation to the "Sport Medica" SA (The
"Company") for the provision of healthcare services received at Carolina Medical Center Outpatient Clinic and
Carolina Medical Center Hospital in Warsaw at ul. Pory 78 - according to the date specified in the contract or the
date indicated on the invoice issued by the Company.

Payment in the amount of (by words:
.....) will be made at the counter or to the bank account number:

12 1020 1169 0000 8302 0094 7408

.....
date and legible signature of the
patient

.....
date and legible signature of the
person receiving the obligation