

Warszawa, data

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 udzielenia świadczeń zdrowotnych mnie / pacjentowi*
..... w Szpitalu Carolina i Optimum w Warszawie zgodnie z terminem
wskazany 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

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 and Optimum Hospital
in Warsaw - 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

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