NZOZ

F-001-INM/021

**REZYGNACJA Z UDZIELENIA ŚWIADCZENIA**

1. **Rezygnacja osobista**

Rezygnuje z udzielenia świadczenia w dniu …………………………… w poradni/pracowni ……………………………………………

Potwierdzam odbiór oryginału skierowania ………………………..………………………

Data i czytelny podpis pacjenta

Potwierdzam wykreślenie pacjenta z kolejki oczekujących ……………..…………..…………………….

Data i podpis rejestratorki

1. **Rezygnacja telefoniczna**

W dniu …………………….. pacjent/ka…………………………………………………………………..…. zrezygnowała

Imię, nazwisko, pesel

z udzielenia świadczenia w dniu ………………………… w poradni/pracowni………………………………….

Potwierdzam wykreślenie pacjenta/ki z kolejki oczekujących …………..………………..…………. Wniosek pacjenta o wysyłkę skierowania tak /nie , jeśli ,,tak” Data i podpis rejestratorki

potwierdzam przekazanie skierowania do wysyłki

F-001-INM/021

NZOZ

**REZYGNACJA Z UDZIELENIA ŚWIADCZENIA**

1. **Rezygnacja osobista**

Rezygnuje z udzielenia świadczenia w dniu …………………………… w poradni/pracowni ……………………………………………

Potwierdzam odbiór oryginału skierowania ………………………..………………………

Data i czytelny podpis pacjenta

Potwierdzam wykreślenie pacjenta z kolejki oczekujących ……………..…………..…………………….

Data i podpis rejestratorki

1. **Rezygnacja telefoniczna**

W dniu …………………….. pacjent/ka…………………………………………………………………..…. zrezygnowała

Imię, nazwisko, pesel

z udzielenia świadczenia w dniu ………………………… w poradni/pracowni………………………………….

Potwierdzam wykreślenie pacjenta/ki z kolejki oczekujących …………..………………..…………. Wniosek pacjenta o wysyłkę skierowania tak / nie, jeśli ,,tak” Data i podpis rejestratorki

potwierdzam przekazanie skierowania do wysyłki