

Załącznik nr 3

Do wzoru umowy Umowy nr
z dnia 2024 r.

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

Oświadczam, że nie korzystałam/em ze świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach świadczeń gwarantowanych.

Wyrażam zgodę na weryfikację świadczeń z danymi znajdującymi się w zasobach NFZ oraz przetwarzanie danych osobowych w niezbędnym zakresie.

Czytelny podpis:

.....