



.....  
(pieczęć jednostki kierującej)

.....  
(miejsowość, data)

## ZLECENIE WYKONANIA KONSULTACJI I ZOBOWIĄZANIE DO ZAPŁATY

### 1. Dane podmiotu kierującego (Zleceniodawca / Płatnik):

- Pełna nazwa jednostki:.....
- Adres siedziby: [Ulica, numer, kod pocztowy, miasto]  
.....
- NIP: .....
- Osoba do kontaktu /tel.: [Imię i nazwisko, numer telefonu].....

### 2. Dane osoby kierowanej:

- Imię i nazwisko: [Wpisz dane].....
- PESEL: [Wpisz numer PESEL].....
- Adres zamieszkania:.....

### 3. Przedmiot zlecenia:

Zleca się wykonanie konsultacji specjalistycznej z zakresu:

.....  
.....

4. Termin wykonania świadczenia został uzgodniony z wykonującym świadczenia:

[data i godzina planowanego wykonania świadczenia].....

### 5. Oświadczenie o pokryciu kosztów:

„Dyrekcja [nazwa podmiotu]..... niniejszym zleca wykonanie powyższych świadczeń i **zobowiązuje się do pokrycia pełnych kosztów** ich realizacji zgodnie z obowiązującym cennikiem Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu. Należność zostanie uregulowana na podstawie faktury VAT wystawionej na dane Zleceniodawcy wymienione w pkt 1.”

.....  
(podpis osoby upoważnionej)