



# FUNDACJA VALETUDINARIA

## THE VALETUDINARIA FOUNDATION

### SKIEROWANIE DO SZPITALA służy jako deklaracja pokrycia kosztów

Kieruję Panią/Pana ..... lat .....

adres .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon .....

Do 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego SP ZOZ, ul. Powstańców W-wy 5, 85-681 Bydgoszcz

.....  
Kliniki / Oddziału klinicznego / Pracowni diagnostycznej / Konsultanta

Rozpoznanie .....

Celem: leczenia / badania / konsultacji

Uzgodniony termin przyjęcia 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Rok                      Miesiąc                      Dzień                      Godzina

Lekarz Fundacji

Dyrektor Fundacji

#### UWAGI:

1. Skierowanie jest realizowane z zawartej umowy pomiędzy Fundacją Valetudinaria, a 10 Wojskowym Szpitalem Klinicznym zgodnie z działalnością statutową jednostki posiadającej osobowość prawną
2. Za wykonanie procedury medycznej należy przekazać informację o leczeniu do działu sprzedaży usług w pionie ekonomiczno-finansowym szpitala.
3. Fundacja zapewnia płatność zobowiązania w ciągu 14 dni od złożenia rachunku (faktury).
4. Wykonywane usługi medyczne opłacane przez Fundację Valetudinaria nie mogą być wykazywane przez 10WSKzP SPZOZ do Narodowego Funduszu Zdrowia.