

**EMC Instytut Medyczny S.A.**

**PL Certus, ul. Grunwaldzka 156, 60-309 Poznań**

tel. 61 8 604 200

*Data*

*Pieczątka firmy*

**ZLECENIE WYKONANIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W EMC INSTYTUT MEDYCZNY PL CERTUS SZPITAL I AMBULATORIUM**

*nazwa firmy*

Zwany dalej „Zleceniodawcą”

Zleca

EMC Instytut Medyczny SA, z siedzibą we Wrocławiu (54-144) przy ulicy Pilczyckiej 144-148, KRS 0000222636, NIP: 894-281-41-32, REGON:933040945, adres korespondencyjny: PL CERTUS Szpital i Ambulatorium ul. Grunwaldzka 156; 60-309 Poznań, zwany dalej „Zleceniobiorcą”

Przeprowadzenie świadczenia/świadczeń zdrowotnych, których zakres obejmuje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IMIĘ | NAZWISKO | PESEL/DATA URODZENIA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Płatność zostanie uregulowana przelewem w ciągu 14 dni od daty otrzymania faktury.

Fakturę proszę wysłać mailowo na adres:

lub pocztą na adres:

* Zleceniodawca wyraża zgodę na otrzymywanie od Zleceniobiorcy informacji handlowych Zleceniobiorcy środkami komunikacji elektronicznej (e-mail) zgodnie z Ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U.2019.123 z późn.zm.), na adresy e-mail:

WDM/0556

*Pieczątka i podpis osoby* *upoważnionej ze strony zleceniodawcy*