

Wrocław, dniar.

OŚWIADCZENIE

Niżej podpisany pacjent
zam.
PESEL:..... oświadcza, że w dniu otrzymał od SPEKTRUM
Sp. z o.o. jako pacjent Kliniki tej spółki do nieodpłatnego używania (sprawdzenia w
warunkach domowych) pomoc optyczną (nazwa
urządzenia, czy pomocy) na okres od dnia do dnia..... za
uprzednią wpłatą kaucji pieniężnej w kwocie zł oraz
oświadcza, że został pisemnie poinformowany o warunkach zwrotu użyzonego
urządzenia oraz wysokości kaucji zabezpieczającej.
Warunki stanowią załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia.

Wydanie 1.0 z dnia 03.02.2015

.....
(czytelny podpis pacjenta)**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OŚWIADCZENIA PACJENTA****WARUNKI
UŻYCZENIA POMOCY OPTYCZNYCH**

1. pomoc optyczna udzielana jest pacjentom na okres nieprzekraczający 2 dni.
2. pacjent zobowiązany jest do zawrotu pomocy optycznej do miejsca jego użyczenia w terminie wskazanym w oświadczeniu w stanie niepogorszonym.
3. pacjent tytułem zabezpieczenia zwrotu pomocy optycznej uiszcza w dniu jej użyczenia kaucję pieniężną w kwocie zł za dowodem wpłaty.
4. kaucja podlega zwrotowi w całości na rzecz pacjenta w dniu terminowego oddania pomocy optycznej w miejscu jej użyczenia.
5. w przypadku przekroczenia przez pacjenta terminu do zwrotu pomocy optycznej lub w przypadku zwrotu pomocy optycznej uszkodzonej SPEKTRUM zatrzyma całą kwotę kaucji.
6. w przypadku opisanym w pkt.5 SPEKTRUM wystawi pacjentowi dowód zakupu pomocy optycznej.

Niniejsze warunki otrzymałem:

(czytelny podpis pacjenta)

Wydanie 1.0 z dnia 03.02.2015