

## ZGŁOSZENIE CHĘCI SKORZYSTANIA ZE ZNIŻKI

1. Ja niżej podpisany/na, zgłaszam się na zabieg wazektomii na specjalnych warunkach przeznaczonych dla:

- Pacjentów, którzy z uwagi na obawę przed powieleniem ciężkich wad genetycznych występujących w Rodzinie, nie chcą zdecydować się na dzieci.  
 Pacjentów, u których stwierdzono wystąpienie powikłań okołoporodowych.

2. Oświadczam, że podane w niniejszym formularzu dane oraz dołączona dokumentacja są zgodne z prawdą oraz obowiązującymi przepisami prawa.

3. Akceptuję wszystkie poniższe warunki:

- Zabieg może odbyć się wyłącznie w Centrum Planowania Rodziny w Warszawie, ul. Kazachska 5/UI.
- Koszt zabiegu na specjalnych warunkach wynosi 499PLN.
- Pacjent musi mieć skończone 18 lat.
- Ostateczna decyzja o kwalifikacji Pacjenta do promocji jest podejmowana indywidualnie i należy do Centrum Planowania Rodziny.
- Centrum Planowania Rodziny zastrzega sobie prawo do odmowy wykonania zabiegu bez podania przyczyny.

4.

Do niniejszego formularza dołączam następujące dokumenty potwierdzające zasadność ubiegania się o możliwość skorzystania ze specjalnych warunków zabiegu wazektomii:

-   
-   
-   
-   
-   
-

### CZĘŚĆ PRZEZNACZONA WYŁĄCZNIE DLA OPIEKUNÓW PRAWNYCH

5. Oświadczam, iż ja

Imię i nazwisko  | Aktualny adres   
PESEL  |

na mocy postanowienia sądu, zostałem/am ustanowiony/na opiekunem prawnym Pacjenta i posiadam wszelkie prawa umożliwiające mi zapis oraz wyrażenie zgody na wykonanie u Pacjenta zabiegu wazektomii. Do niniejszego oświadczenia załączam następujące dokumenty potwierdzające taki stan prawny:

-   
-

\_\_\_\_\_  
Data i podpis Pacjenta / Opiekuna