Pedopsyche

Pedopsyche s.r.o. · IČO 29889804
Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4
pedopsyche@protonmail.com

Potvrzení o seznámení se s podmínkami ošetření a platebními podmínkami

Příloha Všeobecných obchodních podmínek Pedopsyche s.r.o. (VOP)

Dítě / pacient – jméno a příjmení	
Datum narození dítěte	
Zákonný zástupce / oprávněná osoba – jméno a příjmení	
Vztah k dítěti a kontaktní údaje	
Termín vyšetření / kontroly – datum a čas	
Druh služby	
Cena služby podle ceníku (Kč)	
Číslo účtu poskytovatele	
Variabilní symbol / identifikátor platby	
Způsob úhrady	☐ převod předem ☐ jiný: _____
Datum seznámení s VOP	

Prohlášení zákonného zástupce nebo oprávněné osoby

1. Potvrzuji, že mi byly zpřístupněny VOP, ceník nebo informace o ceně a platební podmínky vztahující se ke shora uvedené službě. Měl/a jsem možnost položit otázky a požádat o vysvětlení ustanovení, kterým jsem nerozuměl/a.
2. Beru na vědomí zejména pravidla pro platbu předem, změnu a zrušení termínu, pozdní příchod, vrácení plateb, akutní stavy a podávání stížností. Rozumím tomu, že konkrétní zdravotní postup se řídí odborným posouzením a samostatným poučením.
3. Potvrzuji, že jsem byl poučen, že tento podpis není vzdáním se zákonných práv, zejména práva na informace, zdravotnickou dokumentaci, stížnost, ochranu spotřebitele nebo ochranu osobních údajů, a nenahrazuje informovaný souhlas ani souhlas s konkrétním zdravotním výkonem.

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce / oprávněné osoby:

_____

Jméno zdravotnického pracovníka:

_____

Podpis zdravotnického pracovníka:

_____