

ANDREW L. BOGDANOWICZ D.D.S., P.C.

7048 W. Higgins Ave.
Chicago, IL. 60656
Tel.: (773)775-7090 Fax: (773)775-2858

CESJA ŚWIADCZEŃ/ GWARANCJA PŁATNOŚCI

Upoważniam moją firmę ubezpieczeniową do dokonywania płatności bezpośrednio do gabinetu za korzyści w inny sposób płatnych bezpośrednio do mnie. Upoważniam wydanie dokumentacji osobom trzecim, innym pracownikom służby zdrowia lub działom tym podobnym lub innych jednostek jeśli jest to konieczne przez ten gabinet. Zezwalam na stosowanie tego podpisu na wszystkich pismach ubezpieczeniowych.

Rozumiem, że jestem odpowiedzialny(a) za wszelkie opłaty, niezależnie od tego czy są one objęte ubezpieczeniem, a także wszelkie dodatkowe koszty karne, jeżeli ten gabinet uważa za konieczne. Rozumiem, że kara w wysokości \$20 zostanie nałożona co miesiąc na konto, które jest ponad trzydzieści (30) dni spóźnione z płatnością.

ZASADY UMÓWIEŃ NA WIZYTY

Twoja wizyta jest zarezerwowana wyłącznie dla Ciebie. Jeśli z jakiegoś powodu nie jesteś w stanie przyjść na wizytę, należy to zgłosić przed czasem Twojej wizyty lub mogą zostać niesione dodatkowe opłaty.

ZGODA NA LECZENIE:

Upoważniam dentystę i nadzorowanych asystentów, do udzielenia leczenia i podawania leków, uznanych za konieczne lub zalecane przez dentystę.

Potwierdzam otrzymanie tego biura Zawiadomienia o Ochronie Danych Osobowych.

Dokonałem(am) przeglądu informacji tego formularza, i zgodnie z moją wiedzą uznaje że jest on bezbłędny.

Imię Pacjenta: _____

Osoba odpowiedzialna (jeśli nie pacjent): _____

Podpis: _____ Data: _____