

Nazwisko: _____ Imię: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres: _____ Miejscowość/stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu w ciągu dnia: _____ Adres e-mail (opcjonalnie) _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____ Płeć: Mężczyzna Kobieta

Tylko do użytku w gabinecie

Suma w USD

Gotówka

Nr czeku

Klient płaci za następującą(-e) osobę(-y): _____

Klient nie płaci. Zob. dołączone odstępnie.

Dot. tylko pacjentów Medicare

Numer Medicare Część B, dokładnie jak na karcie Medicare

Medicare

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mój złożony poniżej podpis stanowi potwierdzenie wydanej zgody na obciążenie Medicare przez Presence Resurrection Medical Center tytułem kosztu podanej dziś szczepionki przeciwko grypie. Rozumiem, że ubezpieczenie Medicare Część B pokrywa koszt jednej szczepionki przeciwko grypie rocznie.

Podpis osoby otrzymującej szczepionkę lub osoby upoważnionej do złożenia prośby o szczepienie

Data