

# beauty group

KLINIKA CHIRURGII PLASTYCZNEJ

Ul. St. Wojciechowskiego 7; 71-476 Szczecin

Tel.: +48/ 91 4540 442 Fax: +48/ 91 4540 438 [info@beautygroup.pl](mailto:info@beautygroup.pl)

---

## KARTA REZERWACJI TERMINU ZABIEGU

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

Planowany Zabieg: \_\_\_\_\_

Termin Wykonania Operacji: \_\_\_\_\_

Data Przyjazdu do Kliniki: \_\_\_\_\_

Osoba Towarzysząca wymagająca zakwaterowania w klinice: **TAK / NIE \***  
**(\*) niepotrzebne skreślić**

Rezerwacja terminu zabiegu związana jest z dokonaniem wpłaty rezerwacyjnej w wysokości 2000 PLN na niżej podane konto. Wpłata ta stanowi jednocześnie zaliczkę na poczet zapłaty za wykonanie operacji.

W przypadku, kiedy z ważnych przyczyn osobistych poddanie się zabiegowi we wcześniej ustalonym terminie okaże się być niemożliwe, o zmianie terminu lub o rezygnacji z zabiegu należy poinformować Klinikę najpóźniej na 21 dni przed zarezerwowanym terminem. W takiej sytuacji wpłacona kwota za rezerwację zostanie zwrócona na wskazane konto.

Jeżeli zmiana terminu lub rezygnacja z zabiegu nie zostanie zgłoszona we właściwym czasie, Pacjent może zostać obciążony kosztami przygotowania zabiegu w wysokości 2000 PLN.

W dniu, na który zaplanowany jest zabieg, pacjent nie powinien spożywać żadnych posiłków.

W dniu operacji pacjenci, którzy nie konsultowali się we wcześniejszym terminie, będą mieli przeprowadzoną niezbędną konsultację przedzabiegową.

Jednym z warunków przystąpienia do zabiegu jest uiszczenie pełnej płatności za operację.

Podpisany jeden egzemplarz karty rezerwacyjnej wraz z dowodem wpłaty 2000 PLN należy odesłać pocztą do Kliniki lub przesłać faksem na numer: +48/ 91 4540 438.

W tytule przelewu proszę wpisać: DEPOZYT NA OP. (data zabiegu).

Konto PLN: **Alior Bank SA, ul. Słaska 32a, 70-433 Szczecin**

nr rachunku (iban): (PL) **75 2490 0005 0000 4520 3691 9585**

BIC/SWIFT: **ALBPPLPW**

Podpis Pacjenta: \_\_\_\_\_