PŁATNOŚCI

OPŁATA CAŁEJ KWOTY ZA ZABIEG JEST REGULOWANA

W DNIU ZABIEGU PRZED JEGO WYKONANIEM GOTÓWKĄ LUB PRZELEWEM

PŁATNOŚĆ **GOTÓWKĄ LUB PRZELEWEM** NA KONTO **65 1140 2004 0000 3202 7802 6897**

(W TYTULE PROSZĘ WPISAĆ IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ORAZ DATĘ ZABIEGU). W PRZYPADKU PRZELEWU PROSZĘ PRZESŁAĆ POTWIERDZENIE WPŁATY NA EMAIL KONTAKT@AGKLINIK.COM

DLA PACJENTÓW ROBIĄCYCH PRZELEWY Z ZAGRANICY:

KOD **BIC** (SWIFT): **BREXPLPWMBK**

ORAZ **IBAN: PL 65 1140 2004 0000 3202 7802 6897**