

NYILATKOZAT

térítés ellenében igénybe vett szolgáltatás igénybevételére

Az E. alap terhére nem igénybevehető egészségügyi szolgáltatáshoz, vagy egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező személy ellátásához

Alulírott,

Név:

Szül. hely, és idő:

Lakóhely:

Állampolgárság:

A jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ (szervezeti egység neve és címe),

- 20.....napjától, 20.....napjáig terjedő időben fekvőbeteg ellátásban részesültem.
- 20.....napján járóbeteg ellátásban részesültem.

Figyelemmel arra, hogy ellátásom ideje alatt nem az egészségügyi ellátás igénybevételéhez való jogosultságomat a szükséges nyomtatvánnyal igazolni nem tudtam (E 111 nyomtatvány, Európai Egészségbiztosítási Kártya, Kártyahelyettesítő Nyomtatvány), kötelezettséget vállalom arra, hogy az igazolást az ellátás befejezését követő 15 napon belül az egészségügyi szolgáltatónak bemutatom.

Tudomásul veszem, hogy ennek elmulasztása esetén köteles vagyok az ellátásért a szolgáltató által megállapított díjat számla ellenében megfizetni.

Pécs, 20.....

Ápolat/Hozzá tartozó

Szervezeti egység

Alulírott, Pécsi Tudományegyetem(szervezeti egység) igazoljuk, hogy-t a fenti ellátásban részesítettük. A nyilatkozatot a beteg előttünk aláírta.

Pécs, 20.....

Szervezeti egység