

B. - A. - Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház

KÖTELEZVÉNY
(Tartozást elismerő nyilatkozat sürgős ellátás esetén)

Név:
születési hely: év hó nap
anyja neve:
lakcíme: (irányítószám, város)
..... (utca, házszám).
Útlevel száma / TAJ száma:

Alulírott **elismerem**, hogy év
..... hó naptól kezdődően, év
..... hó napjáig, összesennapig a Borsod-Abaúj-Zemplén
Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház
Osztályán **gyógykezelést, egészségügyi szolgáltatást vettem igénybe**. A hatályos jogszabályok alapján
ellátásom térítésköteles.
A térítés várható összege: Ft, azaz
..... Ft.

Elismerem, hogy a hatályos Kormányrendelet által előírt és **térítésköteles egészségügyi szolgáltatás** - a térítési szabályzat alapján meghatározott - **díját nem fizetem meg a Kórház képviselőjének**.

Betegbiztosítóm neve és címe:.....
.....

A biztosítás igazolásának másolata és/vagy kötelezettségvállalása az összeg kifizetésére.
Kötelezem magam arra, hogy a gyógykezeléssel, egészségügyi szolgáltatással felmerült tartozásomat a mellékelt postai utalványon, az ellátás befejezését követő 8 napon belül, illetve a Főigazgatói engedély szerint, megfizetem.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a térítési díj befizetési kötelezettségemnek a megadott határidőig nem teszek eleget, abban az esetben a fent nevezett kórház igényét a bírósági végrehajtás szabályai szerint törvényes úton érvényesíti, beleértve a lejárat napjától a megfizetés napjáig tartó, mindenkor törvényes kamatkötelezettséget is.

.....
Dátum

.....
Adós aláírása

Tanuk:

.....
Aláírás

.....
Aláírás

.....
Személyazonosító igazolvány száma

.....
Személyazonosító igazolvány száma

Melléklet: 1 db befizetési csekk
A biztosítási kártya illetve a beteg igazolványának fénymásolata