

ÁPOLÁSI DÍJ BEFIZETÉS

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

Ápolási díj befizetés

1. SZEMÉLYES ADATOK

Név: _____ Szül. hely, idő: _____

Leánykori név: _____

Anyja neve: _____ Szem. ig. szám: _____

Lakeím: _____ TAJ szám: _____

Legközelebbi hozzátartozója: _____

Szül. hely, idő: _____

Anyja neve: _____ Szem. ig. szám: _____

Lakeím: _____

Telefon: _____

2. ÁPOLÁSI DÍJ

Az Ápolási Osztályra befizetett díj: _____

Befizetés (Ft/nap): _____ szesen: (Ft): _____

..... hónap nap

.....
hozzátartozó

.....
ápolási osztályvezető