

ÁPOLÁSI DÍJ VISSZAFIZETÉS

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

Ápolási díj visszafizetés

1. SZEMÉLYES ADATOK

Név: _____ Szül. hely, idő: _____
Leánykori név: _____
Anyja neve: _____ Szem. ig. szám: _____
Lakcím: _____ TAJ szám: _____
Legközelebbi hozzátartozója: _____
Szül. hely, idő: _____
Anyja neve: _____ Szem. ig. szám: _____
Lakcím: _____
Telefon: _____

2. ÁPOLÁSI DÍJ

Az Ápolási Osztályra befizetett díj időtartama: _____
A szolgáltatást igénybe vette: _____
Más osztályra áthelyezve: _____
Mettől-meddig (naptári nap, óra): _____
Befizetés (Ft/nap): _____ Összesen: (Ft): _____
Visszafizetés (Ft/nap): _____ Összesen: (Ft): _____

_____, _____ év _____ hónap _____ nap

hozzátartozó

ápolási osztályvezető