

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 perc): _____

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

Visszafizetés (Ft/nap): _____ Összesen: (Ft): _____

_____, _____ év _____ hónap _____ nap

hozzátartozó

ápolási osztályvezető