

Heim Pál Gyermekkórház	
Térítési díj szabályzat Formanyomtatvány	
Jóváhagyta: Dr. Nagy Anikó	
TDSZ-F2-ANGOL	Declaration of commitment – Kötelezvény angolul

Declaration of recognizance

I, the undersigned admit that
Alulírott, elismerem, hogy

Name (Név):	Nationality (Állampolgárság):
Place of birth (születési hely):	Date of birth (Szül.idő):
Address abroad (Külföldi lakcíme):	
Hungarian residence (magyarországi lakcíme):	

In relation to the medical treatment of the patient (az alábbi beteg gyógykezelésével kapcsolatban):

Name of patient (Ellátott beteg neve):	Nationality (Állampolgárság):
Place of birth (születési hely):	Date of birth (Szül.idő):
Mother's name (Anyja neve):	
Address abroad (Külföldi lakcíme):	
Hungarian residence (magyarországi lakcíme):	
Ward (Ellátás helye (fekvőbeteg osztály))	
Outpatient clinic Ellátás helye (járóbeteg szakorvosi -, körzeti ellátás)	
Date/duration of treatment (Ellátás ideje/időtartama):	

I have not paid the HUF.....hospital fee and other costs before the patient has been discharged from the Hospital.
(felmerült..... Ft betegellátási, ápolási és egyéb díjat az intézetből történt távozásig nem egyenlítetttem ki.)

I do admit that I am indebted to the Hospital with the above mentioned amount relating to the medical treatment described, and I oblige myself to settle that amount withindays by transferring the fees to the bank account of the Institution: MÁK 10023002-00317708-00000000 or by paying on the postal check received*. (*underline the appropriate)

(A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű betegellátási, ápolási díj vagy egyéb tartozást elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítésérőlnapon belül gondoskodom, a most átvett átutalási postautalványon* vagy átutalással az intézet költségvetési elszámolási MÁK 10023002-00317708-00000000 számú számlájára befizetem azt.
* a megfelelő aláhúzendő)

Budapest,

.....
signature of the parent / legal representative of the non-resident patient
(az ápoló külföldi állampolgár szülője, gondviselője, mint díjfizetésre kötelezett aláírása)

Attachments: Copies of the passports of the patient, the parent/representative and the insurance data
Melléklet: A díjfizetésre kötelezett és a beteg útleveleinek, egyéb biztosítási adatainak fénymásolata

Witnesses: (Előttünk mint tanúk előtt):

Name (Név):..... Name (Név):.....

Workplace (Munkahely): Workplace (Munkahely):.....

Ph.

Dokumentum kód:	TDSZ-F2-ANGOL	Oldalszám:	1./1
Változat szám:	3.		
Állomány név:	Mindenkinek/Szabályzatok/TDSZ-F2-ANGOL-3	Érvénybe lép:	2016.07.25.