## 10. számú melléklet

**Költségvállalási nyilatkozat (angol)**

**DECLARATION OF COMMITMENTS**

Surname of the insured: Szöveg beírásához kattintson ide.

First name of the insured: Szöveg beírásához kattintson ide.

Date of birth of the insured: Szöveg beírásához kattintson ide.

Passport number of the insured: Szöveg beírásához kattintson ide.

Clinical department where planned treatment to be carried out:
Szöveg beírásához kattintson ide.

Treatment is planned in: outpatient care / inpatient care

Reference of outpatient / inpatient care planned treatment is based on:
Szöveg beírásához kattintson ide.

Diagnosis: Szöveg beírásához kattintson ide.
Responsible party: Insurance account: Szöveg beírásához kattintson ide.

Percentage of cost to be covered by insurance company

Will additional, extra cost be covered? yes / no

If yes, further details: Szöveg beírásához kattintson ide.

Contact person’s (at the insurance company) e-mail address
Szöveg beírásához kattintson ide.

Fax number: Szöveg beírásához kattintson ide.

Telephone / mobile number: Szöveg beírásához kattintson ide.

Date: Dátum megadásához kattintson ide.

signature of the insured ………………………………………………

signature of the authorised person at the

insurance company ………………………………………………

official stamp of the insurance company

………………………………………………..