## 6. számú melléklet

**Érvényes TAJ kártyával rendelkező, de azt ellátásakor bemutatni nem tudó, magyarul beszélő beteg nyilatkozata**

Vezetéknév: Szöveg beírásához kattintson ide.

Utónév: Szöveg beírásához kattintson ide.

Lakcím: Szöveg beírásához kattintson ide.

*(ország, település, irányítószám, utca, házszám)*

E-mail cím: Szöveg beírásához kattintson ide.

Születési idő: Szöveg beírásához kattintson ide.

Születési hely: Szöveg beírásához kattintson ide.

Anyja neve: Szöveg beírásához kattintson ide.

Személyi ig. szám: Szöveg beírásához kattintson ide.

A Semmelweis Egyetemen egészségügyi ellátásban részesültem Szöveg beírásához kattintson ide..(éééé/hh/nn) – tól Szöveg beírásához kattintson ide. (éééé/hh/nn)-ig / Szöveg beírásához kattintson ide. (éééé/hh/nn)-án

Aláírásommal igazolom, hogy a feltüntetett adatok valódiak.

Tudomásul veszem, hogy, az **ellátás idejére érvényes TAJ** számomat **15 napon belül** igazolnom kell a Semmelweis Egyetemen. Amennyiben azt nem igazolom, úgy köteles vagyok az ellátás díját **a számlán szereplő határidőig** befizetni.

Tudomásul veszem, hogy, amennyiben az ellátás térítési díját nem fizetem be **a számlán** **szereplő határidőig**, a Semmelweis Egyetemhivatalos követeléskezelés útján jár el.

**Számlaszám, melyre az ellátás díját utalni kell: 10032000-00282819-00000000 (MÁK)**

Dátum: Dátum megadásához kattintson ide.

……………………………………