

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

Vezetéknév: .....

Utónév: .....

Lakcím: .....

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

E-mail cím: .....

Születési idő: .....

Születési hely: .....

Anyja neve: .....

Személyi ig. szám: .....

A Semmelweis Egyetemen egészségügyi ellátásban részesültem .....(éééé/hh/nn) – től  
.....(éééé/hh/nn)-ig / ..... (éééé/hh/nn)-án

Aláírással 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 Egyetem hivatalos követeléskezelés útján jár el.

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

Dátum: .....

.....