## 6. számú melléklet

**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) – tól ……………………………………… (éééé/hh/nn)-ig / ………………………………. (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: 11784009-22236665-00000000 (OTP Bank)**

Dátum: ……………………………………….

……………………………………