**Érvényes TAJ kártyával nem rendelkező, magyarul beszélő beteg nyilatkozata \***

|  |  |
| --- | --- |
| *Hivatalos név:* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| *Anyja neve:* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| *Lakcím:* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| *Lakcímkártya száma, érvényessége:* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| *Születési hely, idő:* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| *Személyi igazolvány/útlevél száma, érvényessége:* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| *Adóazonosító jel:* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| *E-mail cím:* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| *Mobilszám:* | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
|  |  |
|  |  |

A Semmelweis Egyetemen egészségügyi ellátásban részesültem Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. (év, hónap, nap) és Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. (év, hónap, nap) között.

Aláírásommal igazolom, hogy a feltüntetett adatok valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy érvényes TAJ kártya hiányában köteles vagyok az egészségügyi ellátás díját megfizetni és a megfizetést igazolni.

Számlaszám, melyre az ellátás díját utalni kell: 11784009-22236665-00000000 (OTP Bank).

Az ellátásról az Egészségügyi szolgáltató számlát állít ki a mindenkor hatályos egészségügyi térítési díj szabályzat szerint.

Budapest, Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

 ……………………………………….

 aláírás

\*Minden okirat bemutatása szükséges.