

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

*Hivatalos név:* .....

*Anyja neve:* .....

*Lakcím:* .....

*Lakcímkártya száma,  
érvényessége:* .....

*Születési hely, idő:* .....

*Személyi igazolvány/útlevel  
száma, érvényessége:* .....

*Adóazonosító jel:* .....

*E-mail cím:* .....

*Mobilszám:* .....

A Semmelweis Egyetemen egészségügyi ellátásban részesültem ..... (év, hónap, nap) és ..... (év, hónap, nap) között.

Aláírással 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, .....

.....

aláírás

\*Minden okirat bemutatása szükséges.