**Térítésmentes ellátást biztosító jogviszonnyal elismerten nem rendelkező, magyarul nem beszélő ellátott nyilatkozata térítési díjfizetési kötelezettségéről (angol)**

**DISCLAIMER**

Surname: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

First name: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Address: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

*(country, settlement, poste code, number, street)*

e-mail address: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Date of birth: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Place of birth: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Nationality: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Passport number: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide...

I, the undersigned certify that all the data appearing here are valid.

I received healthcare at Semmelweis University from Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. (dd/mm/yyyy) to Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. (dd/mm/yyyy / on Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. (dd/mm/yyyy).

I declare that I do not possess insurance that makes me eligible to receive medical treatment; therefore I am obliged to pay the treatment fee until the **deadline indicated on** **the receipt**.

I understand that by not being eligible to receive medical treatment, I am obliged to pay the treatment fee **until the deadline indicated on the receipt.**

I understand that failing to pay the fee of the treatment **until the deadline indicated on the** **receipt** Semmelweis University is entitled to act according to official wind-up procedure.

**Fee of health care received is to be transferred to account: 11784009-22236665-00000000 (OTP Bank)**

Date: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

……………………………………

signature