**Érvényes TAJ vagy EU kártyával rendelkező, de azt ellátásakor bemutatni nem tudó, magyarul nem beszélő beteg nyilatkozata (angol)**

**DISCLAIMER**

Surname: Szöveg beírásához kattintson ide.

First name: Szöveg beírásához kattintson ide.

Address: Szöveg beírásához kattintson ide.

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

E-mail address: Szöveg beírásához kattintson ide.

Date of birth: Szöveg beírásához kattintson ide.

Place of birth: Szöveg beírásához kattintson ide.

Nationality: Szöveg beírásához kattintson ide.

Passport/ID number: Szöveg beírásához kattintson ide.

I received medical treatment at Semmelweis University from Szöveg beírásához kattintson ide. (dd/mm/yyyy) to Szöveg beírásához kattintson ide. (dd/mm/yyyy) / on Szöveg beírásához kattintson ide. (dd/mm/yyyy)

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

I understand that my **social security number, valid during the period of the treatment** has

to be presented at Semmelweis University **within 15 days for verification**. Failing to prove

the validity of my social security number I am obliged to pay the **treatment fee within 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.

**The fee of the medical treatment is to be transferred to the following account number: 11784009-22236665-00000000 (OTP Bank)**

Date: Dátum megadásához kattintson ide.

……………………………………

signature