

Bitte leserlich ausfüllen und Belege vorlegen!

**DATENBLATT UND ERKLÄRUNG**  
**für Personen ohne gültige TAJ-Karte in Ungarn**  
**für Personen, die medizinisch versorgt werden**

<b>Name laut Personalausweis/Reisepass:</b>		
<b>Geburtsname:</b>		
<b>Personalausweis-/Reisepassnummer:</b>		Gültigkeit: .....Jahr.....Monat....Tag
<b>Geburtsort, Geburtsdatum:</b>	Land: Stadt:	.....Jahr.....Monat....Tag
<b>Name der Mutter bei der Geburt:</b>		
<b>Steueridentifikationsnummer*:</b>	KEINE / VORHANDEN	Nummer:
<b>TAJ-Nummer*:</b>	NEIN / JA	Nummer:
<b>Ständiger Wohnsitz:</b>	Postleitzahl, Land:	Stadt:
	Straße:	Hausnummer/Etage/Tür:
<b>Wohnsitzkarte Nummer*:</b>		
<b>Genaue Adresse Ihres Aufenthaltsortes:</b>	Postleitzahl, Land:	Straße:
	Stadt:	Hausnummer/Etage/Tür:
<b>E-Mail-Adresse:</b>		
<b>Telefonnummer:</b>		
<b>Name der Bank, Kontonummer:</b>	Name:	
	IBAN:	
<b>Rentner:</b>	JA / NEIN	Nummer:
<b>Name und Adresse des Arbeitgebers:</b>		

Ich habe vom ..... bis zum ..... (Jahr, Monat, Tag) eine medizinische Behandlung an der Semmelweis-Universität erhalten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bei Fehlen einer zum Zeitpunkt der Behandlung gültigen TAJ-Karte verpflichtet bin, die Behandlungskosten vor meiner Entlassung aus dem Krankenhaus zu bezahlen und die Zahlung nachzuweisen.

Kontonummer, auf die die Behandlungskosten zu überweisen sind: OTP Bank Nyrt. 11784009-22236665-00000000

Die Semmelweis-Universität stellt die Rechnung für die Behandlung gemäß den jeweils geltenden Bestimmungen zur Erstattung von Gesundheitskosten aus. Auf Grundlage dieser Rechnung kann ich einen Antrag bei meiner privaten Krankenversicherung stellen.

Nachdem ich **die** von der Semmelweis-Universität als Datenverantwortlicher auf ihrer Website veröffentlichte **Datenschutzerklärung – zum Bestehen eines Krankenversicherungsverhältnisses und zur Überprüfung der Beitragszahlungspflicht sowie zur Forderungsbearbeitung** – zur Kenntnis genommen habe, erkläre ich mit dieser Erklärung gemäß Artikel 4 Absatz 11 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates (DSGVO) gemäß Artikel 4 Absatz 11 freiwillig auf der Grundlage konkreter und angemessener Informationen und eindeutig erklärt meine Einwilligung gemäß Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c der DSGVO zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und gemäß Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a der DSGVO zur Verarbeitung meiner besonderen personenbezogenen Daten durch den Datenverantwortlichen zu den in dieser Erklärung genannten Zwecken und Rechtsgrundlagen durch den Datenverantwortlichen verarbeitet werden.

Budapest, ..... Jahr ..... Monat ..... Tag

.....  
 Unterschrift des Betreuten

Zeuge 1. Name: Wohnort:	Zeuge 2. Name: Wohnort:
Unterschrift:	Unterschrift: