

**NYILATKOZAT EU ÁLLAMPOLGÁR TÉRÍTÉSMENTES ELLÁTÁSRA
JOGOSULTSÁGÁRÓL**

Alulírott Európai Unió állampolgár elismerem, hogy a Szent Imre Egyetemi Oktatókórházosztály/egységben kapott kezelést térítésmentesen vettem igénybe. A kezelés megkezdésekor és annak teljes időtartama alatt a térítésmentes egészségügyi ellátásra való jogosultságot nem tudtam igazolni. Ezért jelen nyilatkozatommal kötelezem magam arra, hogy 15 (tizenöt) naptári napon belül a térítésmentes ellátáshoz szükséges nyomtatványt, illetve biztosítási kártyát kitöltve fax útján és ajánlott levélben is eljuttatom a Szent Imre Egyetemi Oktatókórház ellátást végző osztályának/egységének (Fax: 203-3645, H-1115 Budapest, Tétényi út 12-16).

Ugyanakkor tudomásul veszem, hogy a vállalt határidő lejártá után a kezelést nyújtó osztály / egység a költségek jogi úton történő behajtását kezdeményezi és az eljárás költségeit is rám terheli.

BETEGADATOK	VEZETÉKNÉV	UTÓNÉV	UTÓNÉV
LAKCÍM	ORSZÁG	VÁROS	UTCA, HÁZSZÁM
	TELEFONSZÁM	ÚTLEVÉLSZÁM	SZEMÉLYI IG. SZÁM
Biztosítási adatok	költségviselő	Költségviselő cím	Biztosítás kezdete
Biztosítási ügyintéző elérhetősége			

Kelt: Budapest, 20..... hó.....nap

Jelen okirat tartalmát az általam beszélt nyelven megismertem és megértettem. Az abban foglaltakért teljes mértékben felelősséget vállalok.

.....
beteg aláírása

Mellékletek: útlevél másolat, személyi igazolvány másolat, jogosítvány másolat
(megfelelő rész aláhúzendő)

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. tanú..... 2. tanú.....

.....
(név, lakcím, személyi ig. szám)