

Osztály:

NEAK KÓD:

Osztályvezető főorvos:

Tel: 06-1-464-8600

Nyilatkozat TAJ kártya utólagos bemutatásáról

Alulírott

Név:

Előző név:

Anyja neve:

Születési idő:

Születési hely:

Szem. ig. szám:

Lakcím:

A.*Büntetőjogi és anyagi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a TAJ kártyámat a következő gyógykezelésemre, de legkésőbb 15 napon belül az ellátást végző egészségügyi szolgáltató adminisztrációjánál személyi igazolványommal együtt bemutatom.*

B.*Egyidejűleg tudomásul veszem, hogy a TAJ kártya bemutatásának elmulasztása esetén gyógykezelésem díját a hatályos rendelkezések előírásainak megfelelően meg kell térítenem.*

C.*Büntetőjogi és anyagi felelősségem tudatában kijelentem, hogy rendelkezem TAJ kártyával, de azt nem áll módomban bemutatni. Felhatalmazom a Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórházat, hogy TAJ számomat a NEAK-tól az ellátás finanszírozása érdekében megkérje.**

Budapest,

.....
a kezelőorvos aláírása.....
a beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanúk:

(1) Tanú aláírása

(2) Tanú aláírása

(1) Tanú neve:

(2) Tanú neve:

Születési dátum:

Születési dátum:

Lakcím:

Lakcím:

Szig. szám:

Szig. szám:

* a nem kívánt szöveg törlendő.

** Magyarországon élő magyar állampolgár tehet nyilatkozatot a C. pontra vonatkozóan.