

Заява про визнання боргу

Я, нижче підписаний/підписана:

Ім'я та прізвище _____ Дата народження _____ Номер паспорта (ID) _____

Адреса місця постійного проживання _____ Громадянство _____

цим підтверджую, що я отримав медичну допомогу, в Оломоуцькій факультетській лікарні, а саме:

А. Дата надання амбулаторної допомоги _____

вартістю (чеських крон) _____

Б. Дата надання стаціонарної допомоги - з _____ до _____

вартістю (чеських крон) _____

Нарахування зробив: _____

(печатка клініки та підпис лікаря)

Я, нижчепідписаний, цим **підтверджую, що я отримав нарахування** загальні витрати на лікування, які складають _____ чеських крон, і **погоджуюсь щодо причин та розміру** цього нарахування витрат на лікування.

У формі завдатку _____ оплачено суму _____ чеських крон.

Заявляю, що мій **борг в Оломоуцькій факультетській лікарні** з причини належно нарахованої медичної допомоги, наданої в _____ клініці _____, яка після вирахування сплаченого авансу **складає** _____. На цю суму з мого боку поки ще нічого не сплачено.

Я також заявляю, що цим прямо визнаю цей борг перед Оломоуцькою факультетською лікарнею, як з точки зору причини, так і з точки зору суми, і я зобов'язуюся, що цей борг у розмірі _____ я оплачу не пізніше 14 днів після підписання цієї заяви.

З метою належної реєстрації та ідентифікації, я одночасно даю згоду факультетській лікарні на отримання копії документа, що посвідчує особу (посвідчення особи, паспорта, права водія...)

Підпис пацієнта _____

м. Оломоуц, дата _____