



Заявление о признании долга

Имя, фамилия _____ Дата рождения _____ № паспорта _____

Постоянное место жительства _____ Гражданство _____

A. Дата предоставления амбулаторного обслуживания _____
стоимостью (в Чеш.кронах) _____

B. Стационарное обслуживание предоставлено с _____ по _____
стоимостью (в Чеш.кронах) _____

Счет выставил:
(печать клиники и подпись врача) _____

Я, нижеподписавшийся, признаю, что мне было предоставлено медицинское обслуживание в _____ клинике Факультетской больницы в г. Оломоуц. Счет за расходы по моему лечению я получил. За все предоставленные мне медицинские услуги, включая дополнительные расходы, после вноса аванса я остался должен ФБ сумму

_____ Чеш. крон,

которую я до сих пор не заплатил. Я согласен с размером данной суммы и ее обоснованием и признаю свой долг по отношению к Факультетской больнице. Этот долг я обязуюсь погасить в течение 14-ти дней со дня выписки из больницы.

Подпись пациента _____ В Оломоуце, дата _____