



Nom et prénom \_\_\_\_\_ Date de la naissance \_\_\_\_\_ Numéro du passeport \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

A. Le soin d' ambulance a été offert le \_\_\_\_\_  
en valeur de CZK \_\_\_\_\_

B. Le soin d' hôpital a été offert du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
en valeur de CZK \_\_\_\_\_

L'addition a été faite par:  
(Cachet de la clinique,  
signature du médecin) \_\_\_\_\_

### **Déclaration**

Je soussigné reconnais d'avoir été au soin de la clinique \_\_\_\_\_  
de l'Hôpital de la Faculté à Olomouc. J'ai assumé l'addition de frais des soins. Pour tous les  
soins médicaux qui m'ont été offerts avec tous d'autres frais, je dois (souf de la somme de  
\_\_\_\_\_ CZK déjà payé) la somme

de \_\_\_\_\_ CZK

Je reconnais cette somme de ma vraie dette que je dois à l'Hôpital et je vais la payer en 14 jours  
après mon départ de l'hôpital.

Signature -----

A Olomouc le -----