



Declaración sobre el reconocimiento de la deuda

Apellidos y nombre _____ Fecha del nacimiento _____ Número del pasaporte _____

Residencia _____ Nacionalidad _____

A. Cuidado ambulatorio hecho el día _____

Por valor de CZK _____

B. Cuidado en el hospital fue hecho desde el _____ hasta el _____

Por valor de CZK _____

Cuenta final sacada por _____

Sello del hospital

Firma del médico

Declaración

Yo el abajo firmado reconozco que fue cuidado en el Hospital de Olomouc. La cuenta final de costos por mi tratamiento la he aceptado. Después de pagar el avance de CZK _____, debo al Hospital por todos los cuidados y otros gastos la suma de

_____ CZK.

Reconozco esta suma de mi deuda y la pagaré en curso de 14 días después de mi salida del hospital.

En Olomouc el _____ Firma _____