

Oświadczenie o uznaniu długu

wersja nr 3, str. 1/1

Ja, niżej podpisany/podpisana:

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Numer paszportu (ID)
Miejsce stałego pobytu	Narodowość	

Niniejszym zaświadczam, że Szpital Uniwersytecki w Ołomuńcu (Fakultní nemocnice Olomouc) udzielił mi świadczeń zdrowotnych, a mianowicie:

A. Leczenie w trybie ambulatoryjnym _____
o wartości CZK _____

A. Leczenie szpitalne od dnia _____ do _____
o wartości CZK _____

Rozliczenie opracował: _____
(pieczętka kliniki i podpis lekarza)

Ja, niżej podpisany, niniejszym **oświadczam, że otrzymałem/am rozliczenie** całkowitych kosztów leczenia opiewających na _____ CZK oraz, że **akceptuje celowość i wysokość kosztów leczenia.**

Kwota _____ CZK została zapłacona w formie zaliczki w dniu _____.

Oświadczam, że moje zobowiązanie wobec **Szpitala Uniwersyteckiego w Ołomuńcu (Fakultní nemocnici Olomouc)** z tytułu właściwie rozliczonych świadczeń zdrowotnych w klinice _____ w okresie _____, po potrąceniu wpłaconej zaliczki wynosi _____. Do dnia dzisiejszego nie została przeze mnie uiszczona żadna część należnej kwoty.

Oświadczam ponadto, że uznaję dług wobec Szpitala Uniwersyteckiego w Ołomuńcu (Fakultní nemocnici Olomouc) co do jego kwoty i celowości, zobowiązuję się dług ten, w wysokości _____ spłacić nie później, niż 14 dni od podpisania niniejszego oświadczenia.

W celu prawidłowej rejestracji i identyfikacji udostępniam Szpitalowi Uniwersyteckiemu w Ołomuńcu kopię dokumentu tożsamości (Dowód Osobisty, Paszport, Prawo Jazdy...)

Podpis pacjenta _____ W Ołomuńcu dnia _____