Já, níže podepsaný/podepsaná:

Jméno a příjmení Datum narození Číslo pasu (ID)

Trvalé bydliště Státní příslušnost

tímto potvrzuji, že mi byla ze strany Fakultní nemocnice Olomouc poskytnuta zdravotní péče, a to konkrétně:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Ambulantní péče poskytnuta dne |  | | |  |
| v hodnotě Kč |  | | |  |
| B. Ústavní péče poskytnuta dne od |  | do |  |  |
| v hodnotě Kč |  | | |  |
| Vyhotovil: |  | | |  |
|  | (razítko kliniky a podpis lékaře) | | |  |

Já, níže podepsaný, tímto **potvrzuji, že jsem byl seznámen s rozsahem** celkových nákladů na léčení, které činí   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kč a s tímto **co do důvodu i výše souhlasím.**

Prohlašuji, že s vyčíslenými náklady na mé ošetření **ve Fakultní nemocnici Olomouc** poskytnuté na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_klinice ve dnech\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jsem byl seznámen.

Pro účely řádné evidence a identifikace tímto současně uděluji Fakultní nemocnici souhlas s pořízením kopie identifikačního dokladu (OP, pasu, ŘP…)

Podpis pacienta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V Olomouci dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_