



FAKULTNÍ NEMOCNICE®
OLOMOUC

Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
Тел. 588 441 111, e-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

Підтвердження обсягу наданих медичних послуг

Fm-E002-UZPECE-001

Редакція № 1, стор. 1/1

Я, нижче підписаний/підписана:

Ім'я та прізвище

Дата народження

Номер паспорта (ID)

Адреса місця постійного проживання

Громадянство

цим підтверджую, що я отримав медичну допомогу, в Оломоуцькій факультетській лікарні, а саме:

А. Дата надання амбулаторної
допомоги

вартістю (чеських крон)

Б. Дата надання стаціонарної
допомоги - з

до

вартістю (чеських крон)

Оформив

(печатка клініки та підпис лікаря)

Я, нижчепідписаний, цим **підтверджую, що я був ознайомлений з обсягом** загальних витрат на лікування в розмірі

_____ чеських крон **та погоджуюсь із усім вищенаписаним.**

Я заявляю, що був ознайомлений про кількість грошових витрат за надання мені медичних послуг в **Оломоуцькій факультетській лікарні,**

наданих мені у _____ відділенні з _____ до _____ (термін перебування).
(od – do)

З метою належної реєстрації та ідентифікації, я одночасно даю згоду факультетській лікарні на отримання копії документа, що посвідчує особу (посвідчення особи, паспорта, права водія...)

Підпис пацієнта _____

м. Оломоуц, дата _____