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  |  |
| Vyúčtování vyhotovil:  |  |
|  | (razítko kliniky a podpis lékaře) |

Já, níže podepsaný, tímto **potvrzuji, že jsem převzal vyúčtování** celkových nákladů léčení, které činí
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kč a s tímto vyúčtováním nákladů léčení **co do důvodu i výše souhlasím.**

Formou zálohy byla dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_uhrazena částka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kč.

Prohlašuji, že můj **dluh vůči Fakultní nemocnici Olomouc** z titulu řádně vyúčtované zdravotní péče poskytnuté na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_klinice ve dnech\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, který po odečtení uhrazené zálohy **činí částku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Na této částce nebylo z mé strany doposud uhrazeno ničeho.

**Prohlašuji dále, že tento svůj dluh vůči Fakultní nemocnici Olomouc tímto výslovně co do důvodu i výše uznávám a zavazuji se, že tento dluh ve výši \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uhradím nejpozději do 14-ti dnů od podpisu tohoto prohlášení.**

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_