Имя, фамилия Дата рождения № паспорта

Постоянное место жительства Гражданство

A. Дата предоставления амбулаторного обслуживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

стоимостью (в Чеш.кронах)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. Стационарное обслуживание предоставлено с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

стоимостью (в Чеш.кронах)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Счет выставил:

(печать клиники и подпись врача) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся, признаю, что мне было предоставлено медицинское обслуживание в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ клинике Факультетской больницы в г. Оломоуц. Счет за расходы по моему лечению я получил. За все предоставленные мне медицинские услуги, включая дополнительные расходы, после вноса аванса я остался должен ФБ сумму

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Чеш. крон,

которую я до сих пор не заплатил. Я согласен с размером данной суммы и ее обоснованием и признаю свой долг по отношению к Факультетской больнице. Этот долг я обязуюсь погасить в течение 14-ти дней со дня выписки из больницы.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В Оломоуцe, дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_