Nom et prénom Date de la naissance Numéro du passeport

Domicile Nationalité

A. Le soin d´ ambulance a été offert le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 en valeur de CZK \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. Le soin d´ hôspital a été offert du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 en valeur de CZK \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L´addition a été faite par:

(Cachet de la clinique,

 signature du médecin) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Déclaration

Je sousigné reconnais d´avoir été au soin dela clinique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de l´Hôspital de la Faculté à Olomouc. J´ai assumé l´addition de frais des soins. Pour tous les soins médicaux qui m´ont été offerts avec tous d´autres frais, je dois (souf de la somme de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CZK déjà payé) la somme

de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CZK

Je reconnais cette somme de ma vrais dette que je dois à l´Hôspital et je vais la payer en 14 jours après mon départ de l´hôspital.

Signature ----------------------------------------- A Olomouc le ----------------------------------------