Apelidos y nombre Fecha del nacimiento Número del pasaporte

Residencia Nacionalidad

A. Cuidado ambulatorio hecho el dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por valor de CZK \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. Cuidado en el hospital fue hecho desde el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por valor de CZK \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuenta final sacada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello del hospital

Firma del médico

**Declaradión**

Yo el abajo firmado reconozo que fue cuidado en el Hospital de Olomouc. La fuenta final de costos por mi tratamiento la he aceptado. Después de pagar el avance de CZK\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, debo al Hospital por todos los cuidados y otros gastos la suma de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CZK.

Reconozco esta suma de mi deuda y la pagaré en curso de 14 días después de mi salida del hospital.

En Olomouc el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_