

	TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	OLDAL: 1/1
	9. MELLÉKLET	
	TARTOZÁS ELISMERŐ NYILATKOZAT ÉS KÖTELEZETTSÉGVÁLLALÁS	

Alulírott

Név:	
Anyja neve:	
Okirat megnevezése:	
Azonosítója:	
Lakcíme:	
Allampolgársága:	

ezen okirat aláírásával, minden feltétel nélkül, szabad akaratomból és minden befolyástól mentesen elismerem, hogy a mai napon a Csongrád-Csanád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely-Makó (székhely:6800 Hódmezővásárhely, Dr. Imre J. u. 2.) felé a

Tagintézmény megnevezése	
Osztály megnevezése:	
Ellátás időpontja:	

gyógykezelés jogcímen keletkezett _____ Ft –azaz _____
_____ **00/100 forint** összegű

tartozásom áll fenn, és kötelezem magam arra, hogy ezen tartozásomat 30 napon belül megfizetem a
_____ számú számla alapján.

Úgy nyilatkozom, hogy a magyar nyelvet ismerem / nem ismerem, azonban jelen nyilatkozat tartalmát megismertem, megértettem, nyilatkozatomat, mint akaratommal mindenben megegyezőt, az alábbi tanúk előtt helybenhagyólag írom alá.

Dátum:

ellátott sajátkezű aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. tanú
név:

2. tanú
név:

cím:

cím:

aláírás:

aláírás: