Alulírott ..............................….....………..…..……… (Szül.: …………………….………………………,

Anyja neve: …………………………………………., TAJ: ………………………….……………...……, Lakcím: …………………………………………………………………………….) kérem szíveskedjenek nyilatkozni, hogy a Felső-Szabolcsi kórház ……………………………………………………………….

***szakrendelésén/osztályán*** (megfelelőt kérjük aláhúzni) ellátásomat orvosi beutalás esetén biztosítani tudják.

 ………...…......................................

 beteg

 vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy\*

 (rokonsági viszony feltüntetésével)

Kelt: ………év. ……………hó. …… nap.

# A Felső-Szabolcsi kórház

# nyilatkozata

**ellátási területen kívüli beteg fogadásáról**

Az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, és a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet Vhr. 3/A. (2) szerint az Ön által kért szolgáltatást az Ön részére biztosítani ***tudjuk / nem tudjuk*** (a megfelelőt kérjük aláhúzni).

Kelt: ………év. ……………hó. …… nap.

 …………………………………….

 Dr. Veres Eleonóra

 orvosigazgató

A Nyilatkozat 1 példányát átvettem.

 ………...…......................................

 beteg

vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy\*

 (rokonsági viszony feltüntetésével)

Kelt: ………év. ……………hó. …… nap.