Szent Damján Görögkatolikus Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

Alulírott .....…....……..…..…… (Szül.: …….……,
Anyja neve: ……., TAJ: …….……...……,
Lakcím: …….) kérem szíveskedjenek nyilatkozni, hogy a Szent Damján Görögkatolikus 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 Szent Damján Görögkatolikus 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.

** 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 16 § (2)*