

ELISMERVÉNY

Alulírott
születési hely születési idő.....
anyja neve:.....
lakcím.....
..... (ország, utca, házszám, irányítószám, város)
(a biztosító neve és címe)
(biztosítás száma)
elismerem, hogytől.....ig (nap, hónap, év)
összesen..... napot akórházban
..... (város) gyógykezelés alatt álltam.
A kórházból való távozásom alkalmával a kezelési és ápolási költségeket a csatolt
„ADATLAP” alapján nem térítettem meg.
Vállalom, hogy a fenti összeget ezen elismervény aláírásától számított 15 napon belül
átutalással megfizetem az „Erzsébet” Kórház és Rendelőintézet számlaszámára (11745035-
21002083). Amennyiben a fenti összeget határidőre nem fizetem meg, akkor a késedelem
idejére évi 15%-os mértékű késedelmi kamatot is megfizetek.

.....
Szolgáltatást igénybevevő aláírása

.....
Útleveleszáma

Jászberény, 200...év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos aláírása P.H.

Készült: 2 pld-ban

- 1 pld.: Pénzügyi Osztály
- 2 pld.: Betegdokumentáció példánya

To Article 4.1 of the Regulations on Payment for Health Services

A C K N O W L E D G E M E N T O F R E C E I P T

I, the undersigned,.....
(place of birth:.....date of birth:.....
address:.....
.....(country, street, house number, postcode, town)
(insurance company's name and address).....
(insurance policy number).....
acknowledge that from.....to.....(day, month, year),
a total ofdays, I received treatment at
.....(hospital's name, town).
Upon discharge from the hospital I did not pay for the received medical services based on the
attached „DATA SHEET”.
Hereby I declare, that I pay the above mentioned amount of money as the cost of my medical
treatment to the „Erzsébet” Hospital Jászberény (Hungary) via bank transfer in 15 days.
(Account IBAN Nr: HU 11745035-21002083).
In case of default of payment, I have to pay additional 15% default interest for the delayed
period.

.....
signature of the person receiving the services

.....
passport number

Dated at Jászberény, (day).....(month).....(year)

.....
attending physician's signature L.S.

TO BE COMPLETED IN 2 COPIES

- a copy to the Department of Finance
- a copy for the patient documentation

ANERKENNUNG

zu Punkt 4.1 der Ordnung über die Erstattungskosten für die Leistungen des Gesundheitswesens

Ich, unterzeichnete/r
Geburtsort/ Geburtsdatum::
Wohnanschrift:
/Land, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt/
(Name und Anschrift des Patienten/der Patientin)
(Nummer der Versicherung)
erkenne an, dass ich vom
bis zum (Tag, Monat und Jahr) insgesamt Tage im Krankenhaus
.....
(Stadt) unter Heilbehandlung gestanden habe.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden die Behandlungs- und Pflegekosten aufgrund des beigeschlossenen "DATENBLATTES" nicht von mir erstattet.

Hiermit nehme ich auf mich als Obligation zu, dass ich die genannte Summe, auf das untenstehende Bankkonto des Krankenhauses nach der Unterzeichnung der Bestätigung innerhalb von 15 Tagen durch Überweisung ausgleiche.

(Bank IDNr.: HU 11745035-21002083)

Sollte ich die Überweisung fristgemäss nicht erfüllt haben, bin ich gezwungen, der Verspätung gemäss noch zu 15% Spätzinsen zu bezahlen.

.....
Unterschrift des/der die Leistungen in
Anspruch nehmenden Patienten/Patientin

.....
Reisepassnummer

Jászberény, den 200.....

.....
UNTERSCHRIFT DES BEHANDELNDEN ARZTES
Stempelabdruck

Erstellt in 2 Exemplaren

- 1 Exemplar: Abteilung Finanzwesen
- 1 Exemplar: Patientenunterlagen