

Dotyczy przyjęcia do leczenia szpitalnego pacjenta nieubezpieczonego

Warszawa

.....
Nazwisko; Imię

.....
Adres stałego zameldowania

.....
Adres miejsca zamieszkania

.....
Telefon

.....
Pesel

Z uwagi na brak dowodu ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązuję się pokryć koszty leczenia w Instytucie Reumatologii w ciągu 7 dni od daty wypisu ze szpitala.

Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że w razie nie uiszczenia należności za leczenie w podanym wyżej terminie sprawa zostanie skierowana na drogę postępowania sądowego bez kierowania odrębnego wezwania do zapłaty.

Podstawa prawna – art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004r. nr 210, poz. 210).

.....
Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna

W załączeniu:
Kserokopia dowodu osobistego / paszportu