



NYILATKOZAT

területen kívüli beteg ellátásának vállalásáról

EHB 7-09/00-33

Változat: 1
Hatályba lépés:
2014. 06. 09.

Alulírott, mint a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház /-nak* erre feljogosított
(tagintézmény megnevezése)

képviselője nyilatkozom, hogy

Név:

TAJ :

Lakcím:

egészségügyi ellátását szakrendelőben/osztályon a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

.....-ban* vállalja.
(tagintézmény megnevezése)

Kérő neve:

Kérés dátuma:

Ezen nyilatkozat a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtására kiadott 217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet 3/A. § (2) bekezdése alapján adtam ki.

A nyilatkozat a kérő által egyszeri felhasználásra jogosít.

....., 20

Ph.

.....
Engedélyező aláírása

* Sántha Kálmán Szakkórház kivételével