



## Nyilatkozat EU állampolgár térítésmentes ellátásra jogosultságáról

Alulírott Európai Unió állampolgár elismerem, hogy a Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet osztály/egységben kapott kezelést térítésmentesen vettem igénybe. A kezelés megkezdésekor és annak teljes időtartama alatt a térítésmentes egészségügyi ellátásra való jogosultságot nem tudtam igazolni. Ezért jelen nyilatkozatommal kötelezem magam arra, hogy 15 (tizenöt) naptári napon belül a térítésmentes ellátáshoz szükséges nyomtatványt, illetve biztosítási kártyát kitöltve fax útján és ajánlott levélben is eljuttatom a Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet ellátást végző osztályának/egységének (H-4031, Debrecen, Bartók B. utca 2-26.). Ugyanakkor tudomásul veszem, hogy a vállalt határidő lejártá után a kezelést nyújtó osztály/egység a költségek jogi úton történő behajtását kezdeményezi és az eljárás költségeit is rám terheli.

### BETEGADATOK

Vezetéknév: .....  
Utónév(1): .....  
Utónév(2): .....  
Lakcím: .....  
Ország: .....  
Város: .....  
Utca, házszám: .....

### BIZTOSÍTÁSI ADATOK

Költségviselő: .....  
Költségviselő címe: .....  
Biztosítás kezdete: .....  
Biztosítási ügyintéző elérhetősége: .....

Kelt, Debrecen, 20...év.....hó.....nap

Jelen okirat tartalmát az általam beszélt nyelven megismertem és megértettem. Az abban foglaltakért teljes mértékben felelősséget vállalok.

.....  
**beteg aláírása**

Mellékletek: útlevele másolat, személyi igazolvány másolat, jogosítvány másolat (megfelelő rész aláhúzendő)

**Előttünk, mint tanúk előtt:**

|               |               |
|---------------|---------------|
| 1. tanú.....  | 2. tanú.....  |
| .....         | .....         |
| (név, lakcím) | (név, lakcím) |