

Nyilatkozat

Alulírott (szül.:.....,
an:....., lakcím.....) tudomásul
veszem, hogy a mai napon elvégzett Szív MR kontrasztanyagossal EKG
vezérelt vizsgálat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár
finanszírozásán kívül történik. A vizsgálat 198.000.-Ft-os térítési
összegét vállalom, ennek az Országos Biztosítási Pénztár által történő
megtérítésére a későbbiekben sem tartok igényt.

Budapest,

.....
A beteg aláírása