Revmatologický ústav
státní příspěvková organizace
Na Slupi 4, 128 50 Praha 2, IČ: 00023728

DOHODA O ZÁLOZE NA POSKYTOVANOU ZDRAVOTNÍ PÉČI

Jméno a příjmení pacienta: _____

Datum narození: _____

Číslo OP nebo pasu: _____

Státní příslušnost: _____

Bydliště v ČR (podle dokladu): _____ _____

Výše uvedený pacient a ošetřující lékař se dohodli, že pacient uhradí v pokladně Revmatologického ústavu zálohu na zdravotní péči, kterou si vyžádal a s jejímž rozsahem souhlasil na doporučení ošetřujícího lékaře.

Předpokládaná cena poskytované péče_____Kč

Výše zálohy k úhradě v pokladně RÚ _____Kč

V Praze dne:

---------- ----------
podpis a razítko ošetřujícího lékaře podpis pacienta