



## **KÖLTSÉGVÁLLALÁSI NYILATKOZAT**

Alulírott ....., mint a Beküldő intézmény képviselőjére jogosult személy nyilatkozom, hogy a bentfekvő betegnek kért radiológiai vizsgálat költségét a Beküldő intézmény a HUNIKO Kft-nek (3530 Miskolc, Petőfi út 13.) 90 napon belül átutalással megtéríti. Az elszámolás alapja az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által meghatározott mindenkori járóbeteg finanszírozás forint/pont értéke.

Beküldő intézmény: .....

Beküldő orvos: .....

Páciens neve: .....

Páciens TAJ száma: .....

Vizsgálat: .....

Dátum: .....

.....

beküldő orvos

.....

beküldő intézmény képviselője