



BUDAI EGÉSZSÉGGKÖZPONT

Nyilatkozat

Alulírott,

név:

születési hely és idő:

anyja neve:

személyi ig. szám:

telefonszám:.....

e-mail:.....

lakcím:....., mint

név:

születési hely és idő:

anyja neve:

lakcím:.....

törvényes képviselője a jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy fent nevezett fiatalokú gyermekem a Budai Egészségközpont Korlátolt Felelősségű Társaság (Cg: 01-09-692609, adószám: 12560044-2-43, 1126 Budapest, Nagy Jenő u. 8., a továbbiakban „**Budai Egészségközpont**”) által nyújtott magánegészségügyi szolgáltatásban részesüljön.

Jelen nyilatkozatom:

visszavonásig érvényes

vagy

..... egészségügyi szolgáltatásra szól, egyszeri alkalommal.

Tudomásul veszem, hogy az invazív beavatkozásokhoz szükséges beleegyező nyilatkozatot személyesen kell megtennem. Kijelentem, hogy tájékoztattak az egészségügyi szolgáltatás várható költségeiről, azt tudomásul vettem. Kötelezettséget vállalok arra, amennyiben gyermekem a helyszínen az egészségügyi szolgáltatás ellenértékét nem fizetné meg, úgy azt magam vállalom a szolgáltatás ellenértékének megfizetését.

Kijelentem, hogy az adatkezelési tájékoztatót megismertem, tudomásul veszem, hogy gyermekem leleteinek átvétele a mellékelt adategyeztető lapon foglaltak szerint történik, egyidejűleg hozzájárulok az adatkezeléshez.

Dátum:

aláírás

Előttünk mint tanúk előtt:

név:

.....

név:

.....

cím:

cím:

aláírás:

aláírás:

BUDAI EGÉSZSÉGGKÖZPONT KFT
1126 BUDAPEST, NAGY JENŐ U. 8., KIRÁLYHÁGÓ U. 1-3.,
GRAPHISOFT PARK „1” ÉPÜLET, 1031 BUDAPEST, ZÁHONY UTCA 7.
T: +36 1 489 5200 E: INFO@BHC.HU W: WWW.BHC.HU