



BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT

Biztonság és szakértelem

TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATA

Alulírott

név:

lakcím:.....

születési hely és idő:

anyja neve:

telefonszám:.....

e-mail:.....

mint

név:

lakcím:.....

születési hely és idő:

anyja neve:

TAJ-száma:

törvényes képviselője a jelen nyilatkozat aláírásával **hozzájárok ahhoz**, hogy fent nevezett fiatakorú gyermekem a Budai Egészségközpont Zrt. (1126 Budapest, Királyhágó u. 1-3., Cg: 01-10-141707., 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 magam vállalom a szolgáltatás ellenértékének **a kiállított számla szerinti fizetési határidőn belüli** megfizetését.

Kijelentem, hogy az adatkezelési tájékoztatót, mely mind a Budai Egészségközpont Zrt. honlapján (<https://www.bhc.hu>), mind pedig a szolgáltatásnyújtás helyszínein elérhető, megismertem, tudomásul veszem, hogy gyermekem leleteinek átvétele a mellékelt adategyeztető lapon foglaltak szerint történik.

Dátum:

.....
törvényes képviselő aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

név:

.....

név:

.....

cím:

cím:

aláírás:

aláírás:

BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT ZRT.

1126 BUDAPEST, KIRÁLYHÁGÓ UTCA 1-3.

Kiadás: 3.

Dátum: 2022.03.22.

T: +36 1 489 5200 **E:** INFO@BHC.HU **W:** WWW.BHC.HU

