



BUDAI EGÉSZSÉGGKÖZPONT

Nyilatkozat Egészségügyi adatot tartalmazó dokumentum átvételéről

Alulírott, név:, anyja neve:
születési hely és idő: 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 gyógykezelésben részesülök. Kijelentem,
hogy cselekvőképességem birtokában állok és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a
továbbiakban „**Eütv.**”) 16.§-a (1) bekezdésének a) pontja szerint jelen nyilatkozattal kijelölöm
.....(név)-t (születési hely és idő:;
anyja neve:) mint olyan személyt, akit a részemre a
Budai Egészségközpont által nyújtott gyógykezelés vonatkozásában ettől eltérő nyilatkozatom
benyújtásáig az Eütv. 13. §-a szerinti tájékoztatásban kell részesíteni és ennek körében részére a
gyógykezeléssel összefüggő egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentumokat ki kell adni.

Budapest,

.....
Aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: Aláírás:

Lakcím:

Személyi igazolvány szám:

Név: Aláírás:

Lakcím:

Személyi igazolvány szám:

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