

Souhlas s převodem finančních prostředků

Jméno, příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Adresa pacienta:

Já, níže podepsaný(á),
jakožto pacient hospitalizovaný v Karvinské hornické nemocnici a.s., Zakladatelská 975/22,
735 06 Karviná-Nové Město, na oddělení, tímto uděluji souhlas,
aby finanční prostředky z mého důchodu, nebo i jiné finanční prostředky, které byly uloženy
v pokladně této nemocnice, byly zaslány nebo převedeny na účet:

Majitel účtu:

Číslo účtu:

Variabilní symbol:

Převedená částka:

V Karviné dne:

Podpis pacienta:

Podpisu souhlasu s převodem finančních prostředků byl přítomen:

Zdravotně-sociální pracovník:

Svědék:

V Karviné dne: