**Інформація про пацієнта**

Прізвище пацієнта:

Ім’я пацієнта:

Дата народження:

Адреса реєстрації: Вулиця + номер: …………………………………………………..

 Індекс + населений пункт: ………………………………………………………..

 Країна : ……………………………………………………………………………………

Місце проживання у Бельгії: Вулиця + номер: ………………………………………………………………………..

 Індекс + населений пункт: ………………………………………………………..

Телефон:

Електронна пошта (e-mail):

Стать: □ Чоловіча □ Жіноча

Контактна особа: Телефон :

 Ім’я:

 Електронна пошта (e-mail):

## У разі нещасного випадку на робочому місці:

Назва підприємства:

Адреса : Вулиця + номер : ………………………………………………………………………..

Індекс + населений пункт: ……………………………………………………… Країна:……………………………………

Контактна особа:

Телефон:

Електронна пошта (e-mail):

□ Копія (європейського) страхового поліса / документа S2

□ Копія документа, що гарантує сплату

□ Копія ID-картки / паспорта

□ Копія авіаквитка

□

**ДОГОВІР ПРО ОПЛАТУ**

Я, …………………………………………..., зобов’язуюсь оплатити стаціонарне лікування, гонорари, збори та витрати пов’язані з госпіталізацією та лікуванням.

Ця угода є обов’язковою для виконання і в разі порушення цих умов лікарня має право передати мої персональні дані третім особам.

.

Підпис пацієнта/батьків неповнолітньої особи/законного представника Дата: