

**ДЕКЛАРАЦИЯ
за избор на лекар / екип**

Подписаният/та:
/име презиме фамилия/

Застрахован от

ЕИК/ЕГН: тел./факс GSM: e-mail:

Адрес: гр. ул./жк., №, бл., вх., ет., ап.

С настоящето

ДЕКЛАРИРАМ,

1. Че доброволно избирам лекар
за
(посочва се конкретната интервенция, манипулация или друга специфична част от диагностично - лечебния процес)

2. Че доброволно избирам екип за
(посочва се конкретната интервенция, манипулация или друга специфична част от диагностично - лечебния процес)

Екип от специалисти

Членове на екипа*: (изброяват се имената на лекарите и специалистите по здравни грижи, съставляващи екипа)

.....
.....
.....
.....

В
.....
/име на болницата/

- Информиран съм, че изборът на екип/лекар е платена медицинска услуга и следва да бъде заплатена на болницата от застрахованото лице.
- Информиран съм, че направеният от мен избор трябва да съвпада с извършилия мед. услугата лекар/екип в представената мед. документация, за да бъде изплатена услугата.

За „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД:

Име:
/подпис/

Дата:

Декларатор:
/подпис/

Град: