

Megrendelő adatai (Kötelező)

Számlafizető neve:

adószám (cég esetén)

Lakcíme:

székhelye

Születési hely, idő:

Mobiltelefonszám:

E-mail:

Páciens adatai (Kötelező)

Neve:

Leánykori neve:

Lakcíme:

Születési hely, idő:

Elérhetősége:

Anyja neve:

Taj. száma:

				-						-				
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Igényelt szolgáltatás(ok)**gyakorisága****összege** Szakápolás Krónikus sebkezelés

(Kötszert a páciens biztosítja)

 Nyiroködéma kezelés

(Kötszert a páciens biztosítja)

 Gyógytorna Gondozás, szoc. ápolás

Kijelentem, hogy a megjelölt szolgáltatást(ok)at a Páciens számára megrendelem az AVIAN Care Kft-től. (1095 Budapest, Soroksári út 48., engedélyek: BP-06/NEO/595/2023.-I., BP-06/NEO/595/2023.-II., egészségügyi felelősség biztosítás kötvényszámok: 95665004774370900, AHB967571328; továbbiakban: Szolgáltató)

Szolgáltatás kezdete

.....

Megrendelő aláírása

Szolgáltatás(ok) díja jelen dokumentumban, vagy emailben rögzített. A Megrendelőlap aláírásával a Megrendelő elfogadja a Szolgáltató ASZF-ét és a Megrendelőlap aláírásával egyidejűleg a Megrendelő és a Szolgáltató között egészségügyi szolgáltatási szerződés jön létre.

A megrendelés aláírásával egyidejűleg kijelentem, hogy a megrendelt szolgáltatás tartalmát, a Szolgáltató Általános Szerződési Feltételeit (aviancare.hu/jogi/aszf) megismertem, megértettem és elfogadom.

Jelen dokumentum 1 példányban készült és az eredeti példány a Szolgáltatóé. A szolgáltató emailben visszaküldi a Megrendelő példányát. Amennyiben a Megrendelőlap nem a Szolgáltató irodájában kerül aláírásra, úgy a Megrendelő köteles az általa aláírt, eredeti példányokat 3 - azaz három - munkanapon belül a Megbízott székhelyére (AVAIN Care Kft. 1095 Budapest, Soroksári u 48.) megküldeni.

Kelt,

.....

Megrendelő aláírása