



BUDAPEST FŐVÁROS  
KORMÁNYHIVATALA

**Igazolás többlétszállítási költségről,  
élő személy testéből szerv, illetve szövet adományozása során felmerülő többlétszállítási  
költség megtérítéséhez**  
(egészségügyi szolgáltató tölti ki)

Egészségügyi szolgáltató neve:	
Finanszírozási azonosítója:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Donor TAJ száma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Születési ideje:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
A felvétel időpontja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
Kórházi törzsszám:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Beavatkozást indikáló diagnózis kódja (BNO):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A végzett beavatkozás OENO kódja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Beavatkozás időpontja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
Az elszállítás időpontja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap

Kelt: ..... ,  . év  . hó  . nap

.....  
**egészségügyi szolgáltató  
képviselője**

.....  
**kezelőorvos aláírása**

**P. H.**