

	Formulář	F – TN – 453 verze 2/2013
	Thomayerova nemocnice Václavská 800, 140 59 Praha 4 – Krč IČO: 00064190	Strana 1 z 1

Žádost o vyplácení deponovaných finančních prostředků

Jméno pacienta:

Klinika/oddělení:

Rodné číslo: Číslo OP:

Bydliště:

Částka: Slovy:

Příjemce:

V Praze dne:

.....
podpis pacienta

V Praze dne:

.....
jméno a podpis zdravotně – sociálního pracovníka

.....
jméno a podpis zdravotnického pracovníka svědka předání hotovosti

Oddělení finanční účtárny potvrzuje, že výše uvedené finanční prostředky jsou uloženy na depozitním účtu.

V Praze dne:

.....
jméno a podpis odpovědného zaměstnance finanční účtárny