

## Izjava pacienta o plačilu zdravstvenih storitev

Nalepka z identifikacijskimi  
podatki pacientaPodpisani(a) (ime in priimek) \_\_\_\_\_  
(izpolnite s tiskanimi črkami)

## IZJAVLJAM

da so me v Splošni bolnišnici Celje dne, \_\_\_\_\_ pred pričetkom obravnave seznanili, da nimam veljavnega (ustrezno obkrožite):

1. Osnovnega zdravstvenega zavarovanja
2. Prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja
3. Osnovnega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

**Odločil/a sem se, da bom zdravstveno storitev opravil/a in poravnala stroške opravljenih zdravstvenih storitev. Stroške bom poravnal/a v času čakanja na ambulantni izvid na blagajni SB Celje.**

Seznanjen/a sem tudi, da bo SB Celje v primeru, če zdravstvenih storitev ne bom plačal/a v zahtevanem roku, izterjavo dolga predala sodišču.

Navedeni podatki se uporabljajo zgolj za namene obračunavanja zdravstvenih storitev in se hranijo do 10 let po ugasnitvi dolga.

V kolikor je pri obdelavi osebnih podatkov prišlo do napake, lahko kadarkoli pri obdelovalcu osebnih podatkov vložite zahtevo za popravilo osebnih podatkov (npr. sprememba naslova, napačni zapis osebnega imena, ...), prav tako imate pravico, da od upravljalca kadarkoli zahtevate dostop do lastnih osebnih podatkov, izbris osebnih podatkov, omejitev obdelave, prav tako pa imate pravico do ugovora obdelavi in pravico do prenosljivosti podatkov. O morebitnih vprašanjih, povezanih z obdelavo osebnih podatkov in uresničevanjem pravic iz varstva osebnih podatkov, se lahko obrnete na pooblaščenca osebo za varstvo osebnih podatkov, kontakt katere lahko najdete na internetni strani Splošne bolnišnice Celje - <https://www.sb-celje.si/>.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis pacienta: \_\_\_\_\_

