

DE.- D/Dña.....

A.- Hospital de Servicio Extremeño de Salud.

COMPROMISO DE PAGO POR PRESTACIONES SANITARIAS.

Yo, D/Dña., asumo el compromiso de efectuar el pago de las **PRESTACIONES SANITARIAS**, por la atención que me presten en el Hospital, del Servicio Extremeño de Salud, con todas las incidencias que mi atención conlleven, atendiendo a las tarifas que la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura que estipule para cada año.

El procedimiento será posible realizarlo según la atención prestada:

(Marcar la opción de compromiso)

- a) En caso de hospitalización: En función de la información médica facilitada o que se disponga, deberá hacerse efectivo un 50% aproximado de la prestación, antes de la hospitalización y el resto después de causar alta hospitalaria.
- b) En caso de prueba especial, consulta externa, o atención que no requiera hospitalización: 100 % del importe de la prestación una vez realizada.

DATOS A FACILITAR A LA INSTITUCIÓN.

- Nombre del paciente:
- Nombre de la persona responsable del pago:
- NIF / NIE ó PASAPORTE, de la persona responsable del pago:
- Dirección actualizada, donde enviarles la factura por prestaciones devengadas:

Firma del responsable de pago.

DNI/NIE.- PASAP.:.....

ENTIDAD BANCARIA.: LA CAIXA.
Sucursal: Avda. Juan Carlos I nº 47. Mérida.
IBAN C/C.: ES11 2100 2024 2302 0009 3345