

ქვეყნის საერთაშორისო ბანკო-ფინანსური ცენტრი



**თანხმობა ფინანსურ
ვალდებულებაზე
Consent to Financial Commitment**

გვარი, სახელი, მისამართი, საპასპორტო მონაცემები

ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის : გვარი, სახელი, მისამართი, საპასპორტო მონაცემები

ვდებთ ხელშეკრულებას შემდეგზე:

**პაციენტის კლინიკაში შემოსვლისთანავე
ინფორმირებული ვარ მოსალოდნელი ფინანსური
ვალდებულების შესახებ. ვიღებ ვალდებულებას,
სრულად დავფარო გაწეული სამედიცინო
მომსახურების ღირებულება პაციენტის კლინიკაში
შემოსვლიდან არაუგვიანეს მისი კლინიკიდან გაწერის
დრომდე.**

- პაციენტი მკურნალობის ღირებულებას იხდის მისთვის
ჩატარებული მომსახურების შესაბამისად, კლინიკის მიერ
დადგენილი ტარიფებით;
- მკურნალობის საფასურის გადახდა შეიძლება მოხდეს
როგორც სადაზღვევო პოლისით, ასევე სპონსორის მიერ;
- ანგარიშსწორება ხდება როგორც ნაღდი, ასევე უნაღდო
ანგარიშსწორებით;

1

ხელშეკრულება ძალაშია პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციის
დღიდან და ძალაშია მის მიერ მკურნალობის საფასურის სრულ დაფარვამდე;

მკურნალობის საფასურის გადაუხდელობის შემთხვევაში, „სამედიცინო
დაწესებულებას“ უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს მკურნალობის თანხის
ამოსაღებად;

ყველა დავა და უთანხმოება გადაწყდება მოლაპარაკების გზით, შეთანხმების
მიუღწევლობის შემთხვევაში, დავა განიხილება საქართველოში მოქმედი
კანონმდებლობის შესაბამისად.

ვალდებულება ფორმდება ქართულ ენაზე, ორ ეგზემპლარად და ორივეს თანაბარი
იურიდიული ძალა აქვს.



თანხმობა ფინანსურ ვალდებულებაზე
Consent to Financial Commitment

მხარეთა რეკვიზიტები

„სამკურნალო დაწესებულება“	პაციენტი, ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი
შპს „თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკა“ ს/კ: 211385767 მის: წინანდლის ქ, №9 სს „თი ბი სი ბანკი“ ბანკის კოდი: TBCBGE22 ა/ა GE38TB7660736020100005 კლინიკის წარმომადგენელი:	სახელი, გვარი: პირადი ნომერი: მისამართი: ტელეფონი: ხელმოწერა:



თანხმობა ფინანსურ ვალდებულებაზე
Consent to Financial Commitment

_____ 2024

surname, first name, address, passport data

Relative or legal representative: surname, first name, address, passport data

We conclude an agreement on the following:

As soon as the patient enters the clinic, I am informed about the expected financial obligations. I undertake to fully cover the cost of the provided medical services from the time the patient enters the clinic until the time of his discharge from the clinic at the latest.

- The patient pays the cost of the treatment in accordance with the services performed for him, according to the rates established by the clinic;
- Payment of the treatment fee can be made both by the insurance policy and by the sponsor;
- Payment is made both by cash and non-cash payment;

The contract is valid from the date of registration of the patient in the medical institution and is valid until the full payment of the treatment fee by him;

In case of non-payment of the treatment fee, the "medical institution" has the right to apply to the court to recover the treatment amount;

All disputes and disagreements will be resolved through negotiations, in case of failure to reach an agreement, the dispute will be considered in accordance with the legislation in force in Georgia.

The obligation is drawn up in the English language, in two copies, and both have equal legal force.



თანხმობა ფინანსურ ვალდებულებაზე
Consent to Financial Commitment

Details of the parties

"Medical Facility"	Patient, relative or legal representative
Tbilisi State Medical University and Ingorokva High Medical Technology University Clinic LLC Georgia, Tbilisi, Isani District, Tsinandali Street, №9 Identification Number: 211385767 JSC TBC BANK Bank Code: TBCBGE22 GE38TB7660736020100005 Representative:	Name, surname: ID: adress: tel: signiture:

