

**REGISZTRÁCIÓS LAP**  
alváslaboratóriumi vizsgálatához

Regisztrációs adatok:

Név: ....., TAJ:....., Adóazonosító:.....

Cím:.....

vizsgálat várható időpontja: .....

Vizsgálat típusa (a megfelelő rész aláhúzendó)

- |  |  |
|--|--|
| 1. otthoni poligráfias szűrővizsgálat  | 15 000Ft/1 éjszaka<br>25 000Ft/2 éjszaka |
| 2. felügyelt poliszomnográfia alkalmassági vizsgálat céljából  | 40 000Ft/éjszaka                         |
| 3. Apnoéval gondozott betegünk esetében, a jogosítvány megújításhoz szükséges szakorvosi vélemény kiállításának díja | 7 200 Ft.                                |

A vizsgálat díját készpénzben / átutalással egyenlítem ki. (megfelelő rész aláhúzendó)

Számlázási adatok (amennyiben eltér a regisztrációs adatoktól)

Név: .....

Cím: .....

Adószám: .....

Átutalás esetén a vizsgálat díját kérem a Református Pulmonológiai Centrum bankszámlájára (**Magyar Bank Holding 10300002-13752774-00014902**) a vizsgálat időpontját megelőzően legkésőbb **72 órával** átutalni.

Az átutalásról kiállított számlát a vizsgálat helyszínén veheti át.

Készpénz fizetés esetén Intézetünk házipénztárában ügyfélfogadási időben a vizsgálatot megelőzően van lehetőség a díj befizetésére.

Kelt:.....

.....

aláírás