

Hivatal tölti ki!  
ÁTVETTEM

Dátum: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_

Melléklet: \_\_\_\_\_

## NYILATKOZAT

egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság visszavonásához

Alulírott ..... ( születési név: ....., anyja  
neve:.....születési hely, év, hó,nap:.....  
....., lakóhely:.....)

kérem az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság megszüntetését.

Nyilatkozom, hogy 201... év .....hó.....napjától .....

- a) munkaviszonyt létesítettem
- b) továbbképzésen veszek részt
- c) egyéb

Polgárdi, 201... év .....hó.....nap

.....  
kérelmező aláírása