

**K É R E L E M   N Y O M T A T V Á N Y**  
**egészségügyi szűrővizsgálathoz kapcsolódó támogatás igényléséhez**

Név:.....

Lakcím:.....

Szűrővizsgálat megnevezése:.....

Szűrővizsgálat időpontja:.....

Háziorvos neve:.....

Háziorvos címe:.....

Benyújtandó mellékletek:

- háziorvos igazolásának eredeti példánya az általa javasolt szűrővizsgálat elvégzéséről
- személyazonosító igazolvány másolata
- lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolata

Kijelentem, hogy a személyazonosító iratok másolatának felhasználásához hozzájárulok.

Fellebbezési jogomról lemondok.      igen      nem      (a megfelelő rész aláhúzendó)

Kunsziget, .....

.....  
aláírás