

IGAZOLÁS EGÉSZSÉGÜGYI VÁRAKOZÁSI HOZZÁJÁRULÁS KIADÁSÁHOZ

Egészségügyi várakozási hozzájárulás kérelemben megjelölt gépjármű(vek) rendszáma:

.....

A jogosultság alapja: (A megfelelő sorszámát kérjük bekarikázni.)

1. Újbuda Önkormányzatával szerződéses viszonyban a szociális házi gondozási tevékenységben részt vevő személy (a vonatkozó dokumentumot kérjük csatolni)

Szerződő fél aláírása:

2. Területi kötelezettséget vállaló otthoni szakápolási szolgálat (a vonatkozó dokumentumot kérjük csatolni)

Szolgálat vezetőjének cégszerű aláírása:

3. Területi kötelezettséget vállaló támogató szolgáltatásokat ellátó szervezet (a vonatkozó dokumentumot kérjük csatolni)

Szervezet vezetőjének cégszerű aláírása:

4. Felnőtt házi orvos

Felnőtt házi orvos aláírása, bélyegzője:

5. Házi gyermekorvos

Házi gyermekorvos aláírása, bélyegzője:.....

6. Felnőtt házi orvos mellett dolgozó asszisztens*

7. Házi gyermekorvos mellett dolgozó asszisztens*

8. Védőnő*

*Kérjük, hogy asszisztensek, illetve védőnők esetében az alábbi nyilatkozatot is szíveskedjenek kitölteni:

Alulírott (felnőtt házi orvos / házi gyermekorvos / intézeti vezető védőnő*) igazolom, hogy a kérelmező, (név) az alkalmazásomban / a Szent Kristóf Szakrendelő alkalmazásában* álló asszisztens / védőnő*.

(*a megfelelő aláhúzendó)

.....
orvos / intézeti vezető védőnő
aláírása