



KE/24-1

Igazolás

*egészségügyi várakozási hozzájáruláshoz
(a kérelmező alkalmazója tölti ki)*

Alulírott

(házi orvos / gyermekorvos / intézeti vezető)* igazolom, hogy

.....

kérelmező,

az alkalmazásomban álló asszisztens / védőnő*:

az intézmény neve, címe:

.....

.....

a Szent Kristóf Szakrendelő alkalmazásában álló asszisztens / védőnő*.

(*a megfelelő aláhúzendó)

.....

orvos / intézeti vezető aláírása