



KE/25-1

## Igazolás

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

Alulírott .....

(házi orvos / gyermekorvos / fogorvos / 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