



Nyt. szám:

B010118/24VSZ

## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

Alulírott

Születési név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

TAJ szám:

Kérem, hogy részemre az Intézményük Budapest/Pest Vármegyei Védőnői Osztálya (VSZ)  
.....(Járás/körzet), hogy

rólam kiskorú gyermekemről

(a megfelelő aláhúzóval)

akinek adatai (név):.....

Születési hely és idő:.....

TAJ szám: .....

Anyja neve:.....

rokonsági fok megjelölése:.....

készült teljes védőnői egészségügyi dokumentáció fénymásolatát részemre kiadni  
szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása:

.....  
.....  
.....  
.....

**Tudomásul veszem, hogy a fénymásolt egészségügyi dokumentációt első alkalommal  
térítésmentesen, az ezt követő esetekben az Intézmény mindenkor hatályos Térítési  
díjszabályzata alapján kiállított számla kifizetése után vehetem át!**

Aktuális dátum, hely, idő

.....  
kérelmező aláírása

Lakcím:

Telefonszám:

E-mailcím: