

K É R E L E M

az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság feltételeiben bekövetkezett változsról

Alulírott:

N É V :

Születési név :

Lakóhely:

TAJ száma:

Szül. hely és idő:

Anyja neve :

bejelentem, hogy az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság feltételeiben az alábbi változás következett be:

- foglalkoztatási jogviszonyt létesítettem
- egyéb változás állt be (költözés, GYES, keresetpótló juttatás)
- kereső tevékenység miatt a család anyagi helyzete megváltozott
- más jogcímen létesített biztosítási jogviszony

A változás időpontja :

Kérem törlésem végrehajtását a nyilvántartásból napjával eszközölni.

Csatolt melléklet(ek) száma:

Dunaújváros,

.....
bejelentő