

Ellátó osztály.....

OEP KÓD:

Tel.:

SZÜLŐI EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Név:	Törzsszám:
Születési hely, idő: (.....éves)	TAJ:
Anyja neve:	
Lakcím:	

Nyilatkozom arról, hogy gyermekemnek szív és érrendszeri illetve tüdőbetegsége nincs, ezen betegségek miatt orvosi ellátásban nem részesül.

Dátum: Hévíz,

Aláírás

.....