

IGAZOLÁS
VÉR SZERINTI / ÖRÖKBEFOGADÓ APA
CSECSEMŐGONDOZÁSI DÍJ IGÉNYLÉSÉHEZ

1. Az egészségügyi szolgáltató adatai

Neve:	
Címe:	
NEAK kódja:	

2. A betegre vonatkozó adatok¹

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	□□□□. év □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□□ □□□□
Lakcíme:	

3. Az egészségügyi ellátásra vonatkozó adatok

Az egészségügyi szolgáltatónál ellátásban részesült:	□□□□. év □□. hónap □□. naptól □□□□. év □□. hónap □□. napig
Jelenleg is ellátásban részesül?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Ellátást BNO kódja:	

4. A gyermek adatai

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	□□□□. év □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□□ □□□□

5. A vér szerinti / örökbefogadó apa adatai

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	□□□□. év □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□□ □□□□

Ezen igazolás a vér szerinti / örökbefogadó apa részére csecsemőgondozási díj igénybevétele céljából került kiállításra.

Kelt: _____, □□□□. év □□. hónap □□. nap

P.H.

.....
Aláírás²

¹ A vér szerinti / örökbefogadó anya adatai.

² A nyomtatványt el kell látni az egészségügyi szolgáltató bélyegzőlenyomatával, valamint az orvos aláírásával és bélyegzőlenyomatával.