

Nyilatkozat Egészségügyi Adatról.

Alulírott, _____ (születési idő: _____ szül.hely: _____),

anyja neve: _____), nyilatkozom, hogy az egészségügyi vizsgálat

eredményét az alábbi általam megjelölt formában kívánom megkapni.

választható:

- Elektronikus formában:
..... e-mail címre kérem.
 - Postai úton, ajánlott levél formájában:
..... címre kérem.
 - Személyesen veszem át:
igen 1139 Budapest Váci út 91 szám alatt.
 - Meghatalmazással, hozzátartozóm veszi át:
igen 1139 Budapest Váci út 91 szám alatt.
- neve: születési ideje:

Budapest, 2011. év hó nap

aláírás