NYILATKOZAT
HÁZIORVOS VÁLTÁSRÓL

(a nyilatkozatot az intézményi beköltözés előtt legalább egy héttel kell eljuttatni az intézményhez, hogy már a beköltözés napján, a szükséges dokumentációk rendelkezésre álljanak a megfelelő egészségügyi ellátás folyamatos biztosítása érdekében)

Alábbi nyilatkozatommal kijelentem, hogy a megjelölt időpontot követően, a háziorvosi ellátásomat a
Kornisné Liptay Elza Szociális és Gyermekjóléti Központ *(4440 Tiszavasvári, Vasvári Pál utca 87.)*
Dr. Bélteki Béla / Dr. Bodnár Zoltán *(megfelelő részt kérem aláhúzni)*
praxisában kívánom igénybe venni.

Nyilatkozattévő adatai *(NYOMTATOTT BETŰVEL KÉRJÜK KITÖLTENI!)*

Neve	
Születési név	
Születési hely	
Születési idő	
Anyja neve	

TAJ	- -
Lakcíme	Település:
	Utca, hzsz.:
Telefonszám	
E-mail cím	

Jelenlegi háziorvosom neve	
Jelenlegi háziorvosom címe	
Jelenlegi háziorvosom telefonszáma	

A háziorvosi ellátás váltásának tervezett dátuma	2024. ……...……..…hó …….. nap

Kelt:……

_____
nyilatkozat tevő és/vagy törvényes képviselő aláírása

FENT NEVEZETT KEZELÉSÉT VÁLLALOM!

Kelt:……

_____
Orvos aláírása / bélyegzője