



BUDAI EGÉSZSÉGGŐZPONT

IGAZOLÁS

Közei hozzátartozó (szülő, testvér, házastárs, gyermek) részére nyújtott kedvezmény igénybevételéhez

Alulírott, (szül.:)

anyja neve:), mint a Kft./Zrt. munkavállalója/közreműködője **igazolom, hogy az általam felsorolt személy/ek közei hozzátartozóim.**

Az alábbi személyi adatokat a Budai Egészségközpont Kft-nél érvényesítendő hozzátartozói kedvezmény igénybevétele érdekében állítottam ki, egyben ajelen nyilatkozat aláírásával úgy nyilatkozom, hogy a lenti adatok a valóságnak megfelelnek, felhatalmazom a **Budai Egészségközpont Korlátolt Felelősségű Társaságot** (Cg: 01-09-692609, adószám: 12560044-2-43, 1126 Budapest, Nagy Jenő u. 8.), hogy az általa elkészített 1997. évi XLVII. törvény szerint egészségügyi adatnak minősülő dokumentumot, illetőleg egyéb szakmai anyagait az alábbi elérhetőségek bármelyikére megküldje. Jelen hozzájárulásom visszavonásig érvényes.

1. Név:

Anyja neve:

Lakcím:

Születési hely, idő:

TAJ szám: - -

Telefonszám: +36 - -

2. Név:

Anyja neve:

Lakcím:

Születési hely, idő:

TAJ szám: - -

Telefonszám: +36 - -

3. Név:

Anyja neve:

Lakcím:

Születési hely, idő:

TAJ szám: - -

Telefonszám: +36 - -

4. Név:

Anyja neve:

Lakcím:

Születési hely, idő:

TAJ szám: - -

Telefonszám: +36 - -

Budapest,

.....

aláírás

BUDAI EGÉSZSÉGGŐZPONT KFT

1126 BUDAPEST, NAGY JENŐ U. 8. T: +36 1 489 5200 F: +36 1 489 5210 E: INFO@BHC.HU W: WWW.BHC.HU