



BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT

Élet. Minőség.

IGAZOLÁS

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

Alulírott, (szül.:
anyja neve:), mint a Kft./Zrt.
munkavállalója/közreműködője igazolom, hogy az általam lejelentett személy közei hozzátartozóm, illetve,
hogy személyes adatai valóságok és pontosak.

Kijelentem, hogy a jelen igazolás szerinti személyes adatoknak a Budai Egészségközpont Zrt. (1126 Budapest, Királyhágó u. 1-3., Cg: 01-10-141707), részére történő átadására jogosult vagyok. A személyes adatoknak a Budai Egészségközpont Zrt. általi kezeléséről az érintettet tájékoztattam. Tájékoztatót kaptam arról, hogy a Budai Egészségközpont Zrt. adatkezelési tájékoztatója a honlapján (<https://www.bhc.hu>) és a vizsgálati helyszíneken is elérhető.

Hozzátartozó adatai:

Név:

Anyja neve:

Lakcím:
.....

Születési hely, idő:
.....

TAJ szám: Telefonszám: +36
.....

Kérjük „X”-el jelölje a családi kapcsolat típusát:

- ☐ Szülő
- ☐ Testvér
- ☐ Élettárs
- ☐ Házastárs
- ☐ Gyermek

.....
Dolgozó aláírása

Szolgáltató tölti ki!

Dolgozó kartonazonosító száma:

Hozzátartozó kartonazonosító száma:

.....
Ügyfélkapcsolati munkatárs aláírása

BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT ZRT.

1126 BUDAPEST, KIRÁLYHÁGÓ UTCA 1-3.

T: +36 1 489 5200 E: [INFO@BHC.HU](mailto:info@bhc.hu) W: [WWW.BHC.HU](http://www.bhc.hu)