

BEJELENTÉS

Alulírott,

Neve:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, idő:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Kérem, hogy az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságomat, melyet
aszámú határozattal állapítottak meg nekem,
..... év hó.....napjával megszüntetni szíveskedjenek.

Munkaszerződéselem másolatát csatolom a járási hivatalnál történő
felhasználásra.

.....,2015.

.....
bejelentő