

KÉRJÜK NYOMTATOTT BETŰKKEL, OLVASHATÓAN KITÖLTENI!



ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR
BEJELENTŐ LAP

HAJLÉKTALAN SZEMÉLYEK BEJELENTÉSÉRE

Jelentés lap/oldal					
Jelentett személyek száma					

* Bejelentést teljesítő intézmény neve														
**Bejelentő adószáma										-		-		
Telefon száma														
Székhely címe														
út/tér/utca														
házsám										emelet, ajtó				

Jogosultság jogcímkódja	2	7	2	1
-------------------------	---	---	---	---

*A bejelentett személy TAJ száma														
Viselt vezetékneve														
Viselt utónevei														
*Születési vezeték és utóneve														
*Anyja vezeték és utóneve														
*Születési helye, ideje														

*A bejelentett személy TAJ száma														
Viselt vezetékneve														
Viselt utónevei														
*Születési vezeték és utóneve														
*Anyja vezeték és utóneve														
*Születési helye, ideje														

*A bejelentett személy TAJ száma														
Viselt vezetékneve														
Viselt utónevei														
*Születési vezeték és utóneve														
*Anyja vezeték és utóneve														
*Születési helye, ideje														

*A bejelentett személy TAJ száma														
Viselt vezetékneve														
Viselt utónevei														
*Születési vezeték és utóneve														
*Anyja vezeték és utóneve														
*Születési helye, ideje														

*Bejelentés dátuma					év			hó			nap
--------------------	--	--	--	--	----	--	--	----	--	--	-----

P.H.

aláírás

Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság a bejelentés napjától a bejelentés napját magában foglaló naptári hónapot követő hatodik naptári hónap utolsó napjáig áll fenn.

* Kötelezően kitöltendő mezők!

** Amennyiben nem rendelkezik adószámmal, kérjük a mezőt üresen hagyni!