

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Alulírott..... szül. hely., idő:.....

anyja neve: lakcím:

szám alatti lakos hozzájárulok a rendelkezésemre álló orvosi dokumentációk és egyéb iratok szakhatóságok felé történő továbbításához, a súlyos mozgáskorlátozott személy közlekedőképessége minősítésének megállapítása céljából.

Kelt:.....,év.....hónap.....nap

.....

aláírás