



KÉRELEM
az első névre szóló orvosi bélyegző kiállítása iránt

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
Ártámogatási Főosztály

Vincziczki Áron Zoltán
főosztályvezető
részére

Tisztelt Főosztályvezető Úr!

Alulírott,

név:

alapnyilvántartási szám:

e-mail cím:

telefonszám:

az orvosi bélyegzőkről szóló 50/2015. (XI. 12.) EMMI rendelet 2. §-a alapján azzal a kéréssel fordulok Önhöz, hogy szíveskedjen intézkedni az első névre szóló orvosi bélyegzőm legyártása felől.

Az elkészült, nevemre szóló első orvosi bélyegzőt a **NEAK***

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| ☐ szegedi | ☐ kecskeméti | ☐ békéscsabai |
| ☐ pécsi | ☐ kaposvári | ☐ szekszárdi |
| ☐ debreceni | ☐ szolnoki | ☐ nyíregyházi |
| ☐ salgótarjáni | ☐ miskolci | ☐ egri |
| ☐ székesfehérvári | ☐ veszprémi | ☐ tatabányai |
| ☐ budapesti | | |
| ☐ győri | ☐ szombathelyi | ☐ zalaegerszegi |

Ellátási és Koordinációs Főosztályánál szeretném átvenni.

Kelt:.....,év,hónap,nap.

.....
az orvos saját kezű aláírása

***A megfelelő négyzetet szíveskedjen X-el jelölni!**