**Regisztrációs adatlap**

**az intézmény adminisztrátor jogosultság igényléséhez az ETAJ szolgáltatás igénybevételéhez**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Az egészségbiztosítási szerv tölti ki!** | | | | | | | | | | | | |
| **Ügyszám, beérkezés dátuma:** |  |  |  |  |  | **év** |  |  | **hó** |  |  | **nap** |
| **Ügyintéző neve, rögzítés dátuma:** |  |  |  |  |  | **év** |  |  | **hó** |  |  | **nap** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Korábban közölt adatok módosítását kívánja bejelenteni?** |  | **Igen** |  | **Nem** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A felhasználó adatai** | | |
| Vezeték és utónév: |  |  |
| E-mailcím: | @ | |
| Beosztás: |  | |
| Partnernév (az intézmény neve): |  | |
| Intézmény azonosítója: |  | |
| Partner ügyszáma: |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dátum: |  |  |  |  |  | év |  |  | hó |  |  | nap |

PH.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Az intézmény vezetőjének neve** | **Az intézmény vezetőjének aláírása** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **1. tanú aláírása** | **2. tanú aláírása** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. tanú neve és lakcíme:** | | | | | | | | | |
| név: | | | | |  | | | | |
| Irányítószám: |  |  |  |  | | település |  | | |
| közterület neve: |  | | | | | | | közterület jellege: |  |
| házszám/hrsz. |  | | | | | | | épület/lépcsőház/emelet/ajtó |  |
| **2. tanú neve és lakcíme:** | | | | | | | | | |
| név: | | | | |  | | | | |
| Irányítószám: |  |  |  |  | | település |  | | |
| közterület neve: |  | | | | | | | közterület jellege: |  |
| házszám/hrsz. |  | | | | | | | épület/lépcsőház/emelet/ajtó |  |