

K É R E L E M

1.) Egészségügyi szakképesítést szerzett személyek országos alapnyilvántartásába történő felvételre []

2.) Alapnyilvántartásban szereplés esetén Hatósági Bizonyítvány kiállítására []

(A megfelelőt kérjük „X” -szel jelölni!)

1. Kérelmező személyes adatai	
Saját családi név és utónév (személyazonosító igazolványban szereplő név)	Neme:
Születési név:	
Egészségügyi tevékenység gyakorlása során használt név	<input type="checkbox"/> Saját családi- és utónév <input type="checkbox"/> Születési név
Doktori címet használni kívánom	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Születési hely:	Születési idő: év..... hónap
Anyja születési neve:	
Állampolgárság:	
Lakóhely (tartózkodási hely):irsz	város/községközterület nevehszemeletajtó
Levelezési cím:irsz	város/községközterület nevehszemeletajtó
Telefonszám:	

2. Oklevélre/bizonyítványra vonatkozó adatok
Megszerzett szakképesítés megnevezése:
Oklevél/bizonyítvány száma:
Oklevél/bizonyítvány törzslap száma:
Kiállítás helye:
Kiállítás ideje:
Kiállító intézmény megnevezése:

Dátum:

aláírás

Kérjük, szíveskedjen csatolni a kérelemhez az oklevél/bizonyítvány hiteles fénymásolatát!