

K É R E L E M
Meningitis elleni védőoltás támogatására

SZÜLŐRE VONATKOZÓ ADATOK:

NÉV:
SZÜLETÉSI NÉV:
ANYJA SZÜLETÉSI NEVE:
SZÜLETÉSI HELY: SZÜLETÉSI IDŐ:
TAJ:
LAKÓHELY:
TARTÓZKODÁSI HELY:

alatti lakos azzal a kéressel fordulok Békéscsaba Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatalának Szociálpolitikai Osztályához, hogy részemre a 13/2014. (VII. 3.) önkormányzati rendelet értelmében a **2 éven aluli gyermekem** részére az agyhártyagyulladás elleni védőoltás árának az önrész 50 %-át kifizetni szíveskedjenek.

GYERMEK ADATAI: (kedvezményezett)

NÉV:
ANYJA SZÜLETÉSI NEVE:
SZÜL. HELY, IDŐ:
LAKÓHELYE:
TARTÓZKODÁSI HELYE:
TAJ:
OLTÁS /OK BEADÁSÁNAK IDŐPONTJA/I:

A kérelem mellékletét képezi: orvosi igazolás vagy az oltási könyv másolata a beadott meningococcus védőoltásokról, gyógyszerértési blokk(ok)

Békéscsaba, 201.....

.....
szülő

AZ ÜGYINTÉZŐ TÖLTI KI:

Átvettem:

Békéscsaba, 201.....

.....
ügyintéző

A vakcina ára:.....Ft

Önkormányzati támogatás %-a:,- Ft