



Orvosi javaslat

a K&H Medicina Egészségpénztár által nyújtható szolgáltatások igénybevételére **Tagsági okirat száma:**

A PÉNZTÁRTAG ADATAI:

A pénztártag neve a belépési nyilatkozat szerint:
Születési dátum, hely: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Anyja neve: Személyi igazolványszám:
Lakcím:

Kérjük, tegyen „X” jelet a megfelelő négyzetbe

- Az orvosi javaslat a **Pénztártag részére** került kiállításra , **vagy**
- Az orvosi javaslat a Pénztártag **kedvezményezett részére** került kiállításra , ebben az esetben
 a kedvezményezett neve:.....
 születési helye és dátuma:.....

Egy orvosi javaslat egy személy - vagy a Pénztártag, vagy a Kedvezményezett - részére állítható ki!

Javaslataim (Orvos tölti ki!):

(A 'javaslat' részbe kérjük tegyen „X” jelet.)

Javasolt termék, szolgáltatás : Adómentesen elszámolható	Javaslat	Megjegyzés
❖ Fürdőszolgáltatás támogatása – gyógyterápiás intézet egészségügyi szolgáltatás		
❖ Fürdőszolgáltatás támogatása - Közfürdő (fürdőbelépők)		
❖ Látásjavító eszközök		
❖ Hallásjavító eszközök		
❖ Speciális szemüveg		
❖ Otthon gondozás		

Nem javasolt termék, szolgáltatás:	Nem Javasolt:	Megjegyzés:

Jelen igazolás fenti személy kérésére, a K&H Medicina Egészségpénztár által nyújtható szolgáltatások igénybevételének céljából került kiállításra, visszavonásig érvényes.

Dátum:

.....
 Kiállító orvos aláírása
 PH

NYILATKOZAT (Csak fogyatékkal élő személy által kitöltendő!)

sporttevékenységhez kapcsolódó kiadások támogatásához

Súlyos fogyatékoság miatt rokkantsági nyugdíjban részesülök, melyről szóló határozatot csatoltan másolatban megküldöm. Jelen nyilatkozat csak a határozattal együtt érvényes!!

Dátum:

.....
 Pénztártag vagy kedvezményezett aláírása

