

**IGAZOLÁS**  
**EGÉSZSÉGÜGYI VÁRAKOZÁSI HOZZÁJÁRULÁS KIADÁSÁHOZ**

**A jogosultság alapja:**

házi orvos

házi gyermekorvos

házi orvos vagy házi gyermekorvos mellett dolgozó asszisztens

védőnő\*

Alulírott ..... (házi orvos vagy  
házi gyermekorvos/intézeti vezető védőnő\*) igazolom, hogy a kérelmező,  
.....(név)  
az alkalmazásomban / a Szent Kristóf Újbudai Szakrendelő és Egészségügyi  
Szolgáltató Nonprofit Kft. alkalmazásában\* álló asszisztens / védőnő\*.

*(\*a megfelelő aláhúzendó)*

Budapest, 20.. év. ... hó, .... nap

.....  
aláírás és pecsét