

**KÉRELEM**  
**védőoltás támogatása iránt**

1. Kérelmező *(a megfelelő rész aláhúzendó)*

1.1. Támogatást igénylő személy

1.2. Szülő, törvényes képviselő

1.3. neve: .....

1.4. születési helye, ideje: .....

1.5. anyja neve: .....

1.6. lakóhelye: .....

1.7. tartózkodási helye: .....

1.8. elérhetősége (e-mail, telefonszám) : .....

1.9. TAJ száma: .....

1.10. Adóazonosító jele: .....

2. Gyermek *(agyhártyagyulladás elleni védőoltás esetében kitöltendő)*

2.1. neve: .....

2.2. születési helye, ideje: .....

2.3. anyja neve: .....

2.4. TAJ száma: .....

2.5. lakóhelye: .....

2.6. tartózkodási helye: .....

3. A beadott védőoltás neve: .....

4. A védőoltás beadásának időpontja: .....

5. A támogatás megállapítása esetén bankszámlával kapcsolatos adatok, ha a folyósítást bankszámlára utalással kéri:

5.1. Bankszámla száma: .....

5.2. Számlavezető pénzintézet neve: .....

6. Alulírott kérelmező nyilatkozom, hogy saját és a kérelemben megnevezett gyermek személyes adatainak, a gyermek egészségügyi adatainak kezeléséhez hozzájárulok. Tudomásul veszem, hogy az adatok kezelése a támogatás igényléséhez, kiutalásához és a támogatás felhasználásának ellenőrzéséhez szükséges.

7. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

8. Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés a támogatás visszafizetési kötelezettségét vonja maga után.

9. Kérelem pozitív elbírálása esetén fellebbezési jogomról lemondok.

10. Kelt: .....

.....

Kérelmező aláírása