

Gégény Község
Polgármesteri Hivatala
4517 Gégény, Dombrádi u. 2.
Tel., fax.: 45/463-014

NYILATKOZAT

A közgyógyellátás feltételeiben bekövetkezett változásról

Alulírott (szül. hely, idő:,
..... év hó nap, a.n.:)

Gégény, u. sz. alatti lakos a közgyógyellátás ügyemhez
kapcsolódva az alábbiakról nyilatkozom:

A részemre biztosított ellátás feltételeiben változás következett be.

A változás a következő:

jövedelmi viszonyaim megváltoztak, havi jövedelmem: Ft/hó.

a család jövedelmi viszonyai megváltoztak:

.....
.....

gyógyszerkiadásaim jelentősen megváltoztak:

.....
.....

egyéb változás történt (elköltöztem, stb.):

.....
.....

A változások időpontja:

A nyilatkozatom mellé csatolom a következő iratokat, dokumentumokat:

.....
.....

.....
.....

Egyéb megállapítások:

.....
.....
.....

A nyilatkozatot

..... ügyiratszámú felhívásra,

felhívás nélkül teszem.

Gégény, 200..... év hó nap

.....
ügyfél