



TATABÁNYA MEGYEI JOGÚ VÁROS
POLGÁRMESTERI HIVATALA
HATÓSÁGI IRODA SZOCIÁLIS CSOPORT
TATABÁNYA, FŐ TÉR 8.
Tel: 34/515-767, 34/515-762, 34/515-700/775

***KÉRELEM MENINGOCOCCUS B, VAGY ROTA VÍRUS ELLENI
VÉDŐOLTÁS TÁMOGATÁSHOZ***

Kérelmező gyermek személyi adatai

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születés helye, ideje (év, hó, nap):

TAJ száma: --

Lakóhelye: irányítószám település
.....utca/út/tér házszám épület/lépcsőház emelet/ajtó

Tartózkodási helye: irányítószám település
..... utca/út/tér házszám épület/lépcsőház emelet/ajtó

A gyermek háziorvosának neve:

Törvényes képviselő személyi adatai:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születés helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye: irányítószám település
.....utca/út/tér házszám épület/lépcsőház emelet/ajtó

Tartózkodási helye: irányítószám település
..... utca/út/tér házszám épület/lépcsőház emelet/ajtó

Telefonszám/elérhetőség (kitöltése önkéntes):

Elszámolni kívánt oltóanyag típusa (Kérjük a megfelelőt X-el jelölje)

☐ **Meningococcus B**

☐ **Rota vírus**

A támogatás folyósításának módja (Kérjük a megfelelőt X-el jelölje):

A támogatás folyósítását

☐ postai úton

☐ bankszámlára kérem,

Amennyiben bankszámlára kéri:

A számlavezető pénzintézet megnevezése:.....

Pénzforgalmi számlaszáma:.....-.....-.....

Alulírott kérem a Tatabánya Megyei Jogú Város Önkormányzata Közgyűlésének 25/2017. (XI.29.) számú önkormányzati rendelet 9/A (3), (4), (5), bekezdésében szabályozott védőoltás támogatás megállapítását.

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.
Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Tatabánya,

.....
törvényes képviselő aláírása

Kijelentem, hogy az általam kérelmezett védőoltás támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.
(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)

Kelt:

.....
törvényes képviselő aláírása

Kérelemhez csatolni szükséges:

- 1) a gyermek nevére kiállított, az oltóanyag megvásárlását igazoló számlát
- 2) Az oltási kiskönyv másolatát, vagy az oltást beadó orvos által kiállított igazolás a védőoltás beadásáról (kérelem benyújtására a védőoltás beadást követő 30 napon belül van lehetőség).