|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **TATABÁNYA MEGYEI JOGÚ VÁROS****POLGÁRMESTERI HIVATALA****HATÓSÁGI IRODA, SZOCIÁLIS CSOPORT****TATABÁNYA, FŐ TÉR 8.** **Tel:34/515-762****, Tel:34/515-700/305** |

***KÉRELEM
TÜDŐGYULLADÁS ELLENI VÉDŐOLTÁS TÁMOGATÁSHOZ***

KÉREM, SZÍVESKEDJEN NYOMTATOTT BETŰKKEL KITÖLTENI!

|  |  |
| --- | --- |
| **A kérelmező neve:** |  |
| **Születési neve:** |  |
| **Anyja neve:** |  |
| **Születés helye, ideje:** |  |
| **TAJ szám:** |  |
| **Lakóhely:** |  |
| **Tartózkodási hely:** |  |
| **Telefonszám:** **(megadása nem kötelező)**  |  |

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

**Kérem, hogy a háziorvos javaslatának megfelelő tüdőgyulladás elleni védőoltáshoz a támogatást megállapítani szíveskedjenek.**

**Tatabánya, 2019. ………………….**

**…………………………………………………….**

**kérelmező aláírása**

|  |
| --- |
| ***A támogatás a Polgármesteri Hivatalba történő beérkezést követően kerül megállapításra!*** |
|  |

**Háziorvos javaslata:**

* **Javasolom………………………………. részére a Prevenar 13 konjugált vakcina beadását**
* **Javasolom………………………………. részére Pneumovax 23 vakcina beadását.**
* **Nem javasolom a tüdőgyulladás elleni vakcina beadását**

|  |
| --- |
| **Oltási terv**  |
| **1. oltás beadásának időpontja****(határozathozataltól számított 3 hónapon belül)** |  |
| **2. oltás beadásának javasolt időpontja** |  |

**Tatabánya, 2019.**

 **PH …………………………………**

 **háziorvos**

**A kérelemhez kötelezően csatolni kell a vakcina receptjét.**