

**KÉRELEM**

**AGYHÁRTYAGYULLADÁS ELLENI VÉDŐOLTÁS TÁMOGATÁSA IRÁNT**

1. Kérelmező:

1.1. neve: .....

1.2. születési helye, ideje: .....

1.3. anyja neve: .....

1.4. lakóhelye: .....

1.5. tartózkodási helye: .....

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

2. Gyermekek

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 gyermek részére beadásra került védőoltás neve:

.....

4. A védőoltás részoltásai beadásának időpontjai

4.1. Első részoltás beadásának időpontja:

4.2. Második részoltás beadásának időpontja:

4.3. Harmadik részoltás 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: .....

5.3. 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.

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

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

Kelt:

.....

kérelmező

**Kötelezően csatolandó melléletek:**

- az oltássorozat első oltásának beadásáról szóló orvosi igazolás / a gyermek oltási könyvének másolata
- a vakcina megvásárlásának igazolása céljából a vakcina megvásárlásakor kapott gyógyszerári nyugta, vagy a törvényes képviselő nevére kiállított számla