**Bejelentkező lap**

**DÓZSA RENDELŐ – Vitalitás–Med Kft., háziorvosi praxis**

**1146 Budapest, Dózsa György út 7. fsz. 3.**

**Tel/Fax: 06 1 322 47 68 (előjegyzés és adminisztráció)**

**rendelési idő: hétfő, szerda, péntek: 08:00-12:00 és kedd, csütörtök: 14:00-18:00**

Alulírott nyilatkozom, hogy folyamatos egészségügyi ellátásra dr. Kovács Anett és dr. Juhász László orvosokhoz a Vitalitás-Med Kft. praxisába (ÁNTSZ kód: 340092021) kívánok járni. The undersigned declares that she/he would like to participate at family doctor praxis by Vitalitas Med Ltd. Public (Health Service Code: 340092021), with dr. Anett Kovacs and dr. Laszlo Juhasz.

Név/Name:…………………………………………………………………………………………………

Születéskori név/Name by Birth: …………………………………………………………………………….

Lakcím/Address:…………………………………………………………………………………………….

TAJ szám / Health ensurrance number:………………………………………………………………………

Anyja neve / Mother’s name:…………………………………………………………………………………...

Születési hely és dátum / Pleace and date of Birth:……………………………………………………………

Állampolgrság / Nationality: ………………………………………………………………………………….

Foglalkozás / Job:………………………………………………………………………………………………

Telefon / Phone:………………………………………………………………………………………………..

e-mail:………………………………………………………………………………………………………..

Előző háziorvos neve / Name of previous family doctor:……………………………………………………

Előző háziorvos címe /Address of previous family doctor:…………………………………………………….

………………..………………………………………………………………………………………………..

Budapest, 2023………………………….

…………………………………………..

Aláírás / Signature