



**KÉRJÜK NAGY, NYOMTATOTT BETŰKKEL TÖLTSEK KI AZ ADATLAPOT,
KÖSZÖNJÜK!**

Név:

Leánykori neve:

Anyja neve:

Születési hely és idő :

Állampolgársága:

Lakhely: _____, _____ . szám.

TAJ szám (receptírás esetén szükséges):

Telefon:

Egyéb elérhetőség (telefon):

E-mail cím (nyomtatott nagy betűkkel) :

Hozzájárul-e ahhoz, hogy e-mail címét hírleveleink megküldéséhez is használjuk?

igen

nem

Gyógyszerallergia:

EGÉSZSÉGPÉNZTÁR-i tag neve:

Egészségpénztár név:

Pénztári azonosítója:

Amennyiben az előjegyzett időpontban nem áll módjában megjelenni, kérjük mielőbb

TELEFONON jelezze recepciónkon!

A megadott adatokat bizalmasan kezeljük!