

A nyomtatványt két eredeti példányban a meghatalmazó lakó/székhelye szerint illetékes fővárosi/megyei kormányhivatal megyeszékhelyen működő járási hivatala egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró fő/osztályához kell benyújtani, Budapest és Pest megye esetében a XIII. Kerületi Hivatalhoz (Teve u. 1/a-c).

REGISZTRÁCIÓS LAP

Elektronikus ügyintézés keretében történő ügyintézéshez

| Egészségbiztosítási szerv tölti ki! | | | | |
|-------------------------------------|--|----|-------|-----|
| Ügyszám, beérkezés dátuma: | | év | hónap | nap |
| Ügyintéző neve, rögzítés dátuma: | | év | hónap | nap |

| | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|--|
| *Korábban közölt adatok módosítását kívánja bejelenteni? | Igen <input type="checkbox"/> | Nem <input type="checkbox"/> | |
| Amennyiben igen, a korábban benyújtott „Regisztrációs lap” ügyszáma: | | | |

I. Meghatalmazásra /képviselőre vonatkozó adatok

| | | |
|---|---|-----------|
| *Meghatalmazás útján jár el: <input type="checkbox"/> | *Képviselőt lát el <input type="checkbox"/> | |
| A meghatalmazás, képviselő kezdő időpontja: | év | hónap nap |
| A meghatalmazás, képviselő befejezésének, visszavonásának időpontja | év | hónap nap |

*A megfelelő választ jelölje x-el!

II. Meghatalmazó/képviselt adatai, akinek a nevében eljár a meghatalmazott/képviselőt ellátó

| | |
|--|--|
| Magán személy esetében: | |
| Családi neve: | |
| Utóneve(i) | |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám): | |

| | |
|----------------------------------|-------------|
| ** Jogi személy esetében: | |
| A cég/hivatal neve: | |
| Adószáma: | |
| Hivatali kapu rövid neve: | KRID száma: |

A meghatalmazó további adatai

| | | | |
|---|-----------|-------------------------------|--|
| Székhely (telephely), természetes személy esetében lakóhely (tartózkodási hely): | | | |
| Irányítószám | település | | |
| közterület neve: | | közterület jellege: | |
| hászám/hrsz. | | épület/lépcsőház/emelet/ajtó: | |
| Elérhetőségek: | | | |
| Telefonszám: | | Telefax szám: | |
| E-mail cím: | | | |

Egyéni vállalkozónak, őstermelőnek is itt kell kitöltenie!

III. Meghatalmazott/képviselőt ellátó személy adatai

| | |
|--|--|
| Magánszemély esetében | |
| Családi neve: | |
| Utóneve(i): | |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám): | |

| | |
|---------------------------------|-------------|
| *** Jogi személy esetén | |
| Cég/Hivatal/Könyvelőiroda neve: | |
| Adószáma: | |
| Hivatali kapu rövid neve: | KRID száma: |

| | | | |
|---|-----------|-------------------------------|--|
| Székhely (telephely), természetes személy esetében lakóhely (tartózkodási hely): | | | |
| Irányítószám | település | | |
| közterület neve: | | közterület jellege: | |
| hászám/hrsz. | | épület/lépcsőház/emelet/ajtó: | |

***Amennyiben pl. foglalkoztató könyvelőirodát hatalmaz meg az elektronikus ügyintézésre, úgy a könyvelőiroda adatait kell feltüntetni!

IV. Az elektronikus nyomtatványt benyújtó személy adatai

| | | | |
|---|--|----|-------|
| Családi neve: | | | |
| Utóneve(i): | | | |
| Születéskori családi és utóneve: | | | |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám): | | | |
| Anyja családi és utóneve: | | | |
| Születési helye, ideje: | | év | hónap |
| E-mail cím, amelyről a nyomtatvány benyújtásra kerül: | | | |

V. Elektronikus úton intézhető ügyek

| | |
|--|--|
| „EU Kártya” igénylés <input type="checkbox"/> | Alkalmazandó jogról információ igénylése <input type="checkbox"/> (Kiküldetés vagy párhuzamos tevékenység esetén) |
| Külföldön létrejött biztosítás bejelentése: <input type="checkbox"/> | Egészségbiztosítási ellátásra jogosult személyek bejelentése (E-bejelentés) <input type="checkbox"/> |
| Adatkérés - egészségügyi szolgáltatók: * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Adatkérés - bírósági végrehajtók: * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Adatkérés az adó és szociális ügyben eljáró hatóság részére: * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Adatkérés – bejelentők: * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

*Ebbe a mezőbe tegyen X-et, amennyiben a választ xml-ben kéri

Meghatalmazás útján történő eljárás esetén a II. pont szerinti meghatalmazó a tanúk előtt kijelenti, hogy az illetékes fővárosi/megyei kormányhivatal járási hivatala egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró fő/osztályánál, elektronikus ügyintézés keretében a III. pont szerinti meghatalmazott helyette teljes körűen eljárhat.

| | | | |
|------------------------|----|----|-----|
| Keltezés helye, dátuma | év | hó | nap |
|------------------------|----|----|-----|

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| | |
| meghatalmazó aláírása | meghatalmazott aláírása |

Jogi személy esetén cégszerű aláírás

| | |
|--|--|
| | |
| elektronikus nyomtatványt benyújtó aláírása | |

valamint kiskorúra vonatkozó kérelem elektronikus ügyintézéséhez a törvényes képviselő aláírása

| | |
|-----------|----------------------|
| | |
| 1. | tanú aláírása |

| | | | |
|---------------------------------|-----------|-------------------------------|--|
| 1. tanú neve és lakcíme: | | | |
| Név: | | | |
| Irányítószám | település | | |
| közterület neve: | | közterület jellege: | |
| hászám/hrsz. | | épület/lépcsőház/emelet/ajtó: | |

| | |
|-----------|----------------------|
| | |
| 2. | tanú aláírása |

| | | | |
|---------------------------------|-----------|-------------------------------|--|
| 2. tanú neve és lakcíme: | | | |
| Név: | | | |
| Irányítószám | település | | |
| közterület neve: | | közterület jellege: | |
| hászám/hrsz. | | épület/lépcsőház/emelet/ajtó: | |