



KÉRELEM
korábban méltányosságból támogatott
fogtechnikai eszköz javítási díjához
 (biztosított/törvényes képviselő tölti ki)

Biztosított neve:	TAJ száma:
Születési helye és ideje:	Lakcíme:
Anyja neve:	Elérhetősége (telefon/mobil/e-mail):
Törvényes képviselő (gondnok) neve:	Törvényes képviselő címe: (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével)
Intézetben elhelyezett biztosított esetében kapcsolattartó/gyám megjelölése:	
Intézmény neve: (Szociális Intézmény, Családsegítő Központ... stb)	
Intézmény címe:	Elérhetőség (kapcsolattartó telefon/mobil/e-mail):

Alulírott
 (név) azzal a kéressel fordulok a Tisztelt NEAK-hoz, hogy a
 kezelőorvos által rendelt, -én
/20.....engedélyszámon méltányossági támogatással igénybe vett
 fogtechnikai eszköz javítási díjához egyedi méltányosság
 jogcímen szíveskedjen támogatást nyújtani.

Indokaim a következők:

Dátum:

.....

Aláírás (kérelmező)