GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ FORGALMAZÓ EESZT FELHASZNÁLÓ IGÉNYLŐLAP NEM EGÉSZSÉGÜGYI VÉGZETTSÉGŰ DOLGOZÓK RÉSZÉRE

Alulírott ……………………............................................................. [név], mint a

|  |  |
| --- | --- |
| Csatlakozott adatkezelő neve: (Egészségügyi szolgáltató neve) |  |
| Csatlakozott adatkezelő EESZT azonosítója: (6 jegyű OTH azonosító) |  |
| Csatlakozott adatkezelő szervezeti azonosítója: (9 jegyű OTH azonosító) |  |

aláírásra jogosult képviselője kérem, az alábbiakban megadott személyek számára EESZT felhasználói fiók létrehozását. A felsorolt személyek nem rendelkeznek nyilvántartott egészségügyi végzettséggel és EESZT felhasználói fiókkal. (Az adatok megadása kötelező)

|  |
| --- |
| 1. |
| NÉV | SZÜLETÉSI NÉV | ANYJA NEVE |
|  |  |  |
| Születési hely | Születési idő | e-mail | Telefon/mobil |
|  |  |  |  |
| 2. |
| NÉV | SZÜLETÉSI NÉV | ANYJA NEVE |
|  |  |  |
| Születési hely | Születési idő | e-mail | Telefon/mobil |
|  |  |  |  |
| 3. |
| NÉV | SZÜLETÉSI NÉV | ANYJA NEVE |
|  |  |  |
| Születési hely | Születési idő | e-mail | Telefon/mobil |
|  |  |  |  |
| 4. |
| NÉV | SZÜLETÉSI NÉV | ANYJA NEVE |
|  |  |  |
| Születési hely | Születési idő | e-mail | Telefon/mobil |
|  |  |  |  |

Kelt:

…………………………………………………

Az intézmény képviselője