

NOMINATION OF THOSE ELIGIBLE FOR SERVICES

1. Pénztárg tag adatai - Data of the Fund Member

Data marked with an asterisk (*) are mandatory. Please sign all pages!

Pénztárg tag neve*/Name		Fund member ID	
Születési idő*/Date of birth	y	m	d
Anyja születési neve*/Mother's birth name	Place of birth*		

2. Szolgáltatás igénybevételére jogosult közeli hozzátartozók - Close relatives entitled to use the service

I hereby declare that the following close relatives of mine are entitled to use the Fund services at the expense of my individual account:

Közeli hozzátartozó neve*/Name of the close relative		*Relationship ¹ (required!):
Születési név*/Birth name		<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Partner
Anyja születési név/Mother's birth name*		<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grandchild
Születési idő*/Date of birth	y	m
		d
	Place of birth*	

Közeli hozzátartozó neve*/Name of the close relative		*Relationship ¹ (required!):
Születési név*/Birth name		<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Partner
Anyja születési név/Mother's birth name*		<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grandchild
Születési idő*/Date of birth	y	m
		d
	Place of birth*	

Közeli hozzátartozó neve*/Name of the close relative		*Relationship ¹ (required!):
Születési név*/Birth name		<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Partner
Anyja születési név/Mother's birth name*		<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grandchild
Születési idő*/Date of birth	y	m
		d
	Place of birth*	

¹Based on relevant legislation, **only close relatives** (spouse; consanguineous relatives; adopted, step- and foster children; adoptive, step- and foster parents, and siblings) and **partners** can be designated as eligible for services.

A korábban bejelentett jogosultság **törlését** kérem - I would like to **cancel** the previously reported authorization:

Name of the close relative:		Date of birth			
Name of the close relative:		Date of birth			

Aware of my criminal liability, I declare that the information I have provided corresponds to reality, and that there is a close family relationship regarding to the persons indicated above as required by law. With my signature, I acknowledge that I have read the Fund's Privacy Policy, which can be found on the Fund's website (www.medicoveregeszsegpenztar.hu), and I acknowledge its contents.

Date: _____, _____ year ____ month ____ day

Fund member's signature

Pénztár tölti ki! The Fund fills this out!

Rögzítés dátuma: _____

Rögzítette: _____