

Jelentkezési lap
Ultrahangos vizsgálat

Név:.....

Sz.név:.....

Sz.hely és idő.....

Lakcím:.....

Tartózkodási hely:

Kezelő háziorvos:

Telefonszám:.....

Tajszám:.....

Alulírott.....önkéntesen
jelentkezem a Szatymazért Közhasznú Alapítvány által 2026. július 31.
napjára szervezett pajzsmirigy és komplex hasi ultrahangos vizsgálatra.

Aláírással igazolom, hogy a felhívásban közzétett feltételeket megismertem, és elfogadom.

Kijelentem, hogy a 65. életévet betöltöttem, szatymazi lakos, illetve szatymazi tartózkodási hellyel rendelkezem, és a háziorvosi egészségügyi alapellátást a településen veszem igénybe. Kijelentem továbbá, hogy az elmúlt 1 évben pajzsmirigy és komplex hasi ultrahangos vizsgálaton nem vettem részt. Tudomásul veszem, hogy jelen jelentkezési lap beadása nem eredményezi automatikusan a vizsgálaton való részvételt, a jelentkezők elsősorban jelentkezési sorrendben töltik fel a 30 férőhelyet.

A vizsgálaton az alábbi idő intervallumban tudok megjelenni *(több is jelölhető, a könnyebb beosztás érdekében)*.

☐ 08:00-10:30;

☐ 10:30-12:30

☐ 13:00-14:30;

☐ 14:30-15:30

Nyilatkozatok

Jelen jelentkezési lap aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a Szatymazért Közhasznú Alapítvány jelen dokumentumban megadott személyes adataimat megismerje, és az ultrahangos vizsgálat megvalósítása, elszámolás érdekében kezelje, azt a vizsgálatot végző orvos rendelkezésére bocsássa. Az adatkezeléshez való hozzájárulásom önkéntes.

Jelen jelentkezési lap aláírásával vállalom, hogy a vizsgálat megvalósításához szükséges 3.500 forintot a vizsgálat napján a vizsgálatot végző orvosnak készpénzben megfizetem.

Szatymaz,.....

.....
jelentkező aláírása