



BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT

Biztonság és szakértelem

## IGAZOLÁS

Közeli hozzátartozó (szülő, testvér, házastárs, gyermek) részére nyújtott kedvezmény igénybevételéhez

Alulírott, ..... (szül.: .....  
anyja neve: .....), mint a ..... Kft./Zrt.  
munkavállalója/közreműködője **igazolom, hogy az általam felsorolt személy/ek közeli hozzátartozóim, illetve, hogy személyes adataik valósak és pontosak.**

Kijelentem, hogy a jelen igazolás szerinti személyes adatoknak a **Budai Egészségközpont Zrt. (1126 Budapest, Királyhágó u. 1-3., Cg: 01-10-141707)**, részére történő átadására jogosult vagyok. A személyes adatoknak a Budai Egészségközpont Zrt. általi kezeléséről az érintettet tájékoztattam. **Tájékoztatót kaptam arról, hogy a Budai Egészségközpont Zrt. adatkezelési tájékoztatója a honlapján (<https://www.bhc.hu>) és a vizsgálati helyszíneken is elérhető.**

1. Név: .....

Anyja neve: .....

Lakcím:     .....

Születési hely, idő: .....     .   .   .

TAJ szám:    -    -

Telefonszám: +36   -    -

2. Név: .....

Anyja neve: .....

Lakcím:     .....

Születési hely, idő: .....     .   .   .

TAJ szám:    -    -

Telefonszám: +36   -    -

3. Név: .....

Anyja neve: .....

Lakcím:     .....

Születési hely, idő: .....     .   .   .

TAJ szám:    -    -

Telefonszám: +36   -    -

4. Név: .....

Anyja neve: .....

Lakcím:     .....

Születési hely, idő: .....     .   .   .

TAJ szám:    -    -

Telefonszám: +36   -    -     Budapest,

.....

aláírás

BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT ZRT.

1126 BUDAPEST, KIRÁLYHÁGÓ UTCA 1-3.

T: +36 1 489 5200 E: INFO@BHC.HU W: WWW.BHC.HU

