

Hiv. szám:

LETILTÁS VISSZAIGAZOLÁSA

Munkáltató neve:

Munkáltató címe:

nevében

Igazolás kitöltőjének neve:

igazolom, hogy

Adós neve:

Adós lakcíme:

sz. alatti lakos nevéreFt-ról megküldött letiltást

1. Foganatosítottuk,havi járandóságából.....Ft
összeget lefoglunk, melyet napján utalunk az Önök számlájára.

2. Nem tudjuk foganatosítani, mert

.....

.....*

....., év hó nap

.....

cégszerű aláírás

* Jogviszony megszűnése esetén csatolandó az Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz benyújtott változás-bejelentő lapot a biztosítási jogviszony megszűnéséről, valamint annak megérkezéséről szóló elfogadó nyugta.