**Kérelem keresőképtelenségi felülvizsgálat iránt**

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkáltató adatai** | |
| **Neve:** | **Székhely címe:** |
| **Adószáma:** | **Bankszámla száma:** |
| **Munkáltató telefonos elérhetősége:** | **Munkáltató e-mail elérhetősége:** |
| **Kapcsolattartó/ügyintéző neve:** | |
| **Kapcsolattartó/ügyintéző telefonos elérhetősége:** | **Kapcsolattartó/ügyintéző e-mail elérhetősége:** |
| **A képviseleti jogkörrel rendelkező személy neve, beosztása:** | **A képviseleti jogkörrel rendelkező személy adószáma:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkavállaló adatai** | |
| Neve: | |
| Születési ideje: | TAJ száma: |
| Anyja születési neve: | Munkaköre: |
| Lakcíme: | |
| A felülvizsgálni kért keresőképtelenség kezdetének dátuma: |  |
| A keresőképtelen állományban tartó orvos neve: | A keresőképtelen állományban tartó orvos címe: |
| Üzemorvos neve: | Üzemorvos elérhetősége (telefon, e-mail): |
| A kérelem rövid indoklása: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Csatolandó melléklet:** | |
| Igazgatási szolgáltatási díj befizetést igazoló bizonylat másolata  Fejér Vármegyei Kormányhivatal 10029008-00299640-00000000; 15.800 Ft/fő |  |
| Amennyiben van: a felülvizsgálatot indokló dokumentum (fénykép, internetes kép, stb.) |  |

**……………………………………………………………**

**cég képviseletére jogosult személy cégszerű aláírása**

***A keresőképtelen állományban tartó orvos megyéje szerinti kormányhivatalba küldendő!***