

**NYILATKOZAT**  
**MENINGOCOCCUS B baktérium elleni védőoltáshoz**

**Az oltásra jogosult törvényes képviselője:**

Neve: \_\_\_\_\_ születési neve: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_ családi állapota: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ születési hely \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
Lakóhely: 3300 EGER \_\_\_\_\_ u. \_\_\_\_\_ hsz. \_\_\_\_\_ em. \_\_\_\_\_ ajtó  
Telefonszám /nem kötelező/: \_\_\_\_\_  
E-mail cím /nem kötelező/: \_\_\_\_\_

**Az oltásra jogosult törvényes képviselője:**

Neve: \_\_\_\_\_ születési neve: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_ családi állapota: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ születési hely \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
Lakóhely: 3300 EGER \_\_\_\_\_ u. \_\_\_\_\_ hsz. \_\_\_\_\_ em. \_\_\_\_\_ ajtó  
Telefonszám /nem kötelező/: \_\_\_\_\_  
E-mail cím /nem kötelező/: \_\_\_\_\_

**Az oltásra jogosult gyermek:**

Neve: \_\_\_\_\_ születési neve: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_ TAJ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ születési hely \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
Lakóhely: 3300 EGER \_\_\_\_\_ u. \_\_\_\_\_ hsz. \_\_\_\_\_ em. \_\_\_\_\_ ajtó  
Háziorvos neve, elérhetősége: \_\_\_\_\_

Nyilatkozom, hogy

- az oltásra jogosult 2025. április 1. napot követően született gyermekem egri bejelentett lakóhellyel, valamint az egyik törvényes képviselője Eger város közigazgatási területén legalább egy éve bejelentett lakóhellyel rendelkezik,
- hozzájárok a nyilatkozatban közölt adatok ellenőrzéséhez
- a támogatás igénybevételéről szóló adatkezelési tájékoztatót megismertem, és az abban foglaltakat tudomásul veszem,
- beleegyezek, hogy gyermekem a háziorvossal történt egyeztetés után az önkormányzat által biztosított legfeljebb kettő darab Meningococcus B - fertőző agyhártyagyulladás - elleni védőoltást (BEXSERO) felvegye,
- tudomásul veszem, ha a feltételeknek nem felelek meg, a prevenció célú védőoltás önkormányzati finanszírozással történő felvételére nem jogosult a gyermekem.

A háziorvos a nem kötelező védőoltás beadásáért térítési díjat kérhet.

A nyilatkozat beadásának határideje: 2025. április 1.-től a 2026. február 28. között születettek esetén a gyermek 12 hónapos koráig, a 2026. március 1. napot követően születettek esetén a gyermek 4 hónapos koráig.

Eger, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
törvényes képviselő aláírása

\_\_\_\_\_  
törvényes képviselő aláírása