

Cég neve:.....

Székhelye:.....

Adószáma:.....

Céjjegyzékszám:.....

NYILATKOZAT

Alulírott (név, beosztás)
nyilatkozom arról, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás nyújtásával az alábbi szolgáltatót
bíztam meg:

CÉGNÉV:

CÍM:

KAPCSOLATTARTÓ:

BEOSZTÁSA:

TELEFONSZÁM:

A megbízás kezdete: 20.....

Fenti nyilatkozatot a foglalkozás-egészségügyi feladatok ellátásához szükséges dokumentumok
átadásához történő felhasználás céljából adtam ki. Kérem a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően
a dokumentumok átadását.

Kelt:....., 20.....

.....
aláírás