ORVOSI IGAZOLÁS AZ ÖSSZEVONT ADÓALAP ADÓJÁT CSÖKKENTŐ ADÓKEDVEZMÉNY IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

(49/2009. (XII.29.) EÜM RENDELETHEZ)

Név: ……

Születési hely, idő: …….

Anyja neve: ……

Lakóhely:……....

……

Adóazonosító: ……...….

Az igazolás kiállítását megalapozó szakorvosi dokumentáció kiadásának dátuma:

……..….

A súlyos fogyatékosság véglegességének vagy ideiglenes jellegének megállapítása:

Végleges / Ideiglenes

Ideiglenes igazolás kiállítása esetén az igazolás hatályának megállapítása:

Jelen igazolás érvényes: ……..- ig

Az igazolás kiállításának dátuma: ……..

……

Az igazolás kiállító szakorvos/háziorvos aláírása, pecsét