3. számú melléklet

**IGAZOLÁS**

Alulírott, mint

………………………………………………….. (név)

………………………………………………….. (anyja neve)

………………………………………………….. (lakcím)

………………………………………………….. (mozgáskorlátozott igazolvány száma)

kezelőorvosa, a *Gépjármű behajtási és parkolási rend 2.16. pontjára* hivatkozva

□ igazolom, hogy nevezett a Klinika/KGYC ……………….........………. Osztályán 2-3 naponta tartós kezelésre szorul és önálló mozgásában korlátozott.

□ igazolom, hogy nevezett a Klinika/KGYC ……….……….........………. fekvőbeteg Osztályán történő orvosi kezelése során …….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 (név, lakcím, rokonsági fokozat) hozzátartozója segítséget nyújt a betegellátásban.

Kérem, hogy részére ideiglenes behajtási engedély kiadását engedélyezni szíveskedjen az alábbi rendszámú gépkocsikra:

1. …………………………………………..
2. …………………………………………..

A kezelés várható időtartama:…………………-tól ……………….-ig (max. 6 hónap).

Debrecen, 2024. ………………..

 …………………………… ..……………………………………….

 kezelőorvos klinika igazgató/osztályvezető főorvos

□ igazolom, hogy nevezett a ………….. forgalmi rendszámú gépjárművel a mai napon a Klinika/KGYC ……………….........……. Osztályán orvosi kezelésen jelent meg. A gépjármű az igazolás kiadásának napján a mozgáskorlátozott igazolvány felmutatásával térítés-mentes kihajtásra jogosult.

Debrecen, 2024. ……………….. ..…………………………

 kezelőorvos