



**MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK  
KEDVEZMÉNYÉNEK IGÉNYBEVÉTELÉHEZ**

Munkáltató (Intézmény neve):	
Munkáltató székhelye:	
Adószáma:	
Igazolást kitöltő neve, telefonszáma, e-mail címe	

Alulírott igazolom, hogy

Név: .....

Születési idő: .....év,.....hó ..... nap

Lakcím: .....

alkalmazásunkban áll.

Munkaszerződés típusa:  határozatlan idejű\*,

határozott idejű\* .....év..... hó ..... napig.

\*A megfelelő cellát kérjük megjelölni

Ezen dokumentumot az alkalmazásunkban álló személy az Erchonia Lézerklinika szolgáltatásainak kedvezményes igénybevételéhez egy eredeti példányban adtam ki.

Kelt: ....., 2021. .... hó ..... nap

.....

aláírás, bélyegző