



NÓGRÁD MEGYEI KORMÁNYHIVATAL  
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZAKIGAZGATÁSI SZERVE

**KÉRELMI LAP**  
**(KITÖLTENDŐ NYOMTATOTT NAGYBETŰVEL)**

**Kérelmező**

**neve:**.....

.....

**Kérelmező címe:**.....

**Kérelmező telefonszáma:**.....

**Kérelem tárgya:**.....

**Telephely neve,**

**címe:**.....

.....

**Igazgatási szolgáltatási díj összege:**.....

**Kérem a számlát az alábbi névre, címre kiállítva megküldeni:**

**Név:**.....

.....

**Cím:**.....

**Adószám:**.....

**Kelt:**

.....

**kérelmező aláírása**

---

3100 Salgótarján, Rákóczi u 36.

Levelezési cím: 3100 Salgótarján, Pf. 141. Tel: (32) 521-701 Fax: (32) 520-831

e-mail: [titkarsag.nograd@emr.antsz.hu](mailto:titkarsag.nograd@emr.antsz.hu) web: <http://emrah.hu/nograd/>