

Nyilatkozat (Declaration)

Alulírott (undersigned):

anyja neve (mother's maiden name) :

szül.hely, idő: (place and date of birth):

anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az **Amerikai Egyesült Államokban, Ukrainában, az Európai Gazdasági Térség* tagállamaiban, Svájcban, Montenegróban**, valamint **Szerbiában** egészségbiztosítási jogviszonnal rendelkezem / **nem** rendelkezem (kérem aláhúzni a megfelelő választ).

(I declare that I hold / I do **not** hold (*please underline or circle*) health insurance in the **USA**, in the **Ukraine**, in any of the member states of the **EEA ***, in **Switzerland, Montenegro** or **Serbia**. I hereby declare that this information given by me is correct to the best of my knowledge, and I bear financial and legal responsibilities for the correctness of the particulars)

Budapest, 2020.....

(date)

.....
aláírás
(signature)

*Az Európai Gazdasági Térség államai: az Európai Unió tagállamai, valamint Norvégia, Izland, Liechtenstein.

(The states of the EEA include the member states of the European Union, Norway, Iceland, and Liechtenstein.)