|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cid:image005.jpg@01D451B1.AF4F7B70 | **Kérelem ORVOSI MINŐSÍTÉS / BIZONYÍTVÁNY**  **pótlásához / újra kiállításához** | **MED-01** |
| **Application for MEDICAL CERTIFICATE / REPORT**  **replacement / reissue** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A kérelmező adatai / *Applicant’s data*** | | | | | | | | | | |
| vezetéknév /  *last name* | |  | | | | | keresztnév /  *first name* |  | | |
| születési név /  *birth name* | |  | | | | | állampolgárság /  *nationality* |  | | |
| születési hely /  *place of birth* | |  | | | | | születési idő /  *date of birth* |  | | |
| telefonszám /  *phone number* | |  | | | | | email /  *email* |  | | |
| levelezési cím / *postal address* | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **A kérelem részletei / *Details of application*** | | | | | | | | | | |
| Pilóták, légiforgalmi irányítók / *Pilots, ATC* | | | | | | | | | | |
|  | repülőorvosi minősítés pótlása (elveszett, megsemmisült) / *replacement of medical certificate (lost, perished)* | | | | | | | | | |
|  | repülőorvosi minősítés újra kiállítása (adatváltozás) / *reissue of medical certificate (data change)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Milyen osztályban kéri a minősítés kiállítását? / *For which class do you apply?* | | | | | | | | | | |
|  | 1.osztály / *class 1* | |  | 2.osztály / *class 2* | | | | |  | LAPL |
|  | 3.osztály / *class 3* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Légiutas-kísérők / *cabin crew* | | | | | | | | | | |
|  | orvosi bizonyítvány pótlása (elveszett, megsemmisült – CC) / *replacement of medical report (only cabin crew)* | | | | | | | | | |
|  | orvosi bizonyítvány újra kiállítása (adatváltozás – légiutas kísérő) / *reissue of medical report (only cabin crew)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Az elkészült minősítés / bizonyítvány átvétele / *receipt of the medical certificate / report* | | | | | | | | | | |
|  | ügyfélszolgálaton / *at the customer service* | | |  | postai úton / *by post* | | | | | |
| **Benyújtandó dokumentumok / *Documents to be attached*** | | | | | | | | | | |
| Az eljárás díjköteles  3/2002 GKM Rendelet, 582. díjtétel: 5000 Forint  Innovációs és Technológiai Minisztérium, Magyar Államkincstárnál vezetett  MÁK 10032000-00290713-38100004 | | | | | | *Fee required*  *Rate Nr. 582: 5000 HUF*  *Ministry of Innovation and Technology*  *Bank account: MÁK 10032000-00290713-38100004 (SWIFT: HUSTHUHB)* | | | | |
| **Pótlás esetén / *Replacement*** | | | | | | | | | | |
| * befizetési bizonylat másolata / *copy of certification of payment;* * személyi igazolvány vagy útlevél másolata / *copy of the valid ID or passport* | | | | | | | | | | |
| **Újra kiállítás esetében / *in case of reissue:*** | | | | | | | | | | |
| * befizetési bizonylat másolata / *copy of certification of payment* * adatváltozást igazoló dokumentum másolata / *copy of certification of changes* * az érvényes orvosi minősítés/bizonyítvány / *the valid medical certificate/report* | | | | | | | | | | |
| **Kérelmező nyilatkozata / *Applicant’s declaration*** | | | | | | | | | | |
| Ezennel kijelentem, hogy a fenti adatokat a legjobb tudásom szerint, pontosan adtam meg, nem titkoltam el és nem szolgáltattam félrevezető adatokat. Tudomásul veszem, hogy téves vagy félrevezető adatközlés esetén a légiközlekedési hatóság megtagadhatja az orvosi minősítés/bizonyítvány kiadását, vagy azt visszavonhatja. Ezennel kijelentem azt is, hogy a kérelmem tárgyára vonatkozó jogszabályrészt megértettem és tudomásul vettem. / *I hereby declare that all the information given above is correct to the best of my knowledge without concealing any relevant data or providing any misleading or false information. I acknowledge that in the event of providing false or misleading information, the Aviation Authority may deny to issue or revoke the medical certificate or report. I hereby declare also, that I am aware of the actually valid regulation related to the subject of my application.*  Dátum / *Date:* Aláírás / *Signature:*  beküldendő / *to be sent:* **aeromed@itm.gov.hu** | | | | | | | | | | |

Aeromedical form MED-01; v.3.2 OM\_AMS\_B\_App\_20\_1