

2. számú melléklet

**KUTATÁSI KÉRŐLAP A MEGSZŰNT EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK
MŰKÖDÉSI DOKUMENTÁCIÓIHOZ**

Kutatási kérelmlap sorszáma:	/20	Ikt. sz.:	AEEK/ 00 - /20
-------------------------------------	-----	------------------	----------------

Kutató neve:	
Anyja neve:	
Születési helye és ideje:	
Lakcíme:	
Elérhetősége (telefon/e-mail):	

A kutatás témája intézet megnevezésével:	
A kutatni kívánt iratanyag évköre:	

Budapest, 20..... hó nap

.....
kutató aláírása

Nyilatkozat

Az Intézet Kutatási és kutatótermi szabályzatának rendelkezéseit megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Elfogadom, hogy adataimat az Intézet nyilvántartásba veszi és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. számú tv. rendelkezései szerint kezeli.

A tájékoztatás alapján kötelezem magam arra, hogy a kutatás eredményének publikálása során nem kerül sor a vizsgált dokumentációk azonosítható módon történő közlésére.

Budapest, 20..... hó nap

.....
kutató aláírása