|  |
| --- |
| **JAVASLAT**a Szentendre Város Önkormányzata által alapított***Szentendre Város Semmelweis Díj***adományozására |
| \*A javaslattevő neve: |  |
| \*A javaslattevő címe: |  |
| \*A javaslattevő telefonszáma vagy e-mail címe: |  |
| Beérkezés határideje és címe: | **2019. május 15. (szerda)****Szentendre Város Egészségügyi Intézményei Igazgatóság***(2000 Szentendre, Kanonok u. 1.) vagy* **e-mail:** igazgato@szeirendelo.hu |
| \*A kitüntetésre javasoltneve, titulusa: |  |
| \*A kitüntetésre javasolt címe: |  |
| \*A kitüntetésre javasolt telefonszáma vagy e-mail címe: |  |
| \*Indokolás:  | ***(A javaslat indokolásaként 15 gépelt sor)*** |

\* -jelölt mező kitöltése kötelező!