|  |  |
| --- | --- |
| **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](mailto:igazgato@szeirendelo.hu) |
| \*A kitüntetésre javasolt  neve, titulusa: |  |
| \*A kitüntetésre javasolt címe: |  |
| \*A kitüntetésre javasolt telefonszáma vagy e-mail címe: |  |
| \*Indokolás: | ***(A javaslat indokolásaként 15 gépelt sor)*** |

\* -jelölt mező kitöltése kötelező!