



# IBLCE VIZSGA: JELENTKEZÉSI LAP

verzió 2.12

A JELENTKEZÉSI LAP kitöltésével illetve a jelentkezés folyamatával kapcsolatban lásd az IBLCE Vizsgatájékoztatót, illetve a Kiegészítő jelentkezési segédanyagot, mely az adott évre és adott országra vonatkozó információkat tartalmazza. A Kiegészítő jelentkezési segédlet tartalmazza a vizsga helyszínére, és a vizsgadíjakra vonatkozó információkat, illetve azt a címet ahova a jelentkezési anyagot küldeni kell.

1. SZEMÉLYI AZONOSÍTÓ ADATOK: IBLCE VIZSGA, 2012-ES ÉV

NŐ  FÉRFI

KERESZT NÉV(EK):

SZÜLETÉSI DÁTUM: nap hónap év \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VEZETÉK NÉV:

ÁLLAMPOLGÁRSÁG: \_\_\_\_\_

Nevéhez tartozó előtag (pl. Dr./ Ifj. / ... ): \_\_\_\_\_

Bármilyen további vezetéknev, ami a személyes dokumentumain szerepelhet \_\_\_\_\_

2. OTTHONI POSTA CÍM:

Munkahelyi telefonszám ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Otthoni telefonszám ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Munkahelyi faxszám ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Mobil telefonszám ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail cím \_\_\_\_\_

Kérjük, nagyon gondosan és pontosan írja!!

POSTAI IRÁNYÍTÓSZÁM \_\_\_\_\_ ORSZÁG \_\_\_\_\_

3. A VIZSGA HELYSZÍNE: (Lásd a Kiegészítő jelentkezési segédlet című dokumentumot) \_\_\_\_\_

A VIZSGA NYELVE: (Lásd a Kiegészítő jelentkezési segédlet című dokumentumot) \_\_\_\_\_

Az elsődleges nyelv amit beszélek (anyanyelvem): \_\_\_\_\_

4. VIZSGADÍJ: Kérjük, fizesse be a teljes vizsgadíjat, amely a megadott határidőre vonatkozik, amely előtt postára adta a jelentkezését, vagy adja meg kredit kártyájának adatait az alábbiakban! Csekket, vagy pénztalványt nem áll módunkban elfogadni! Kérjük, olvassa el a vizsgadíjakról szóló részt az IBLCE vizsga tájékoztatóban, és tájékozódjon az aktuális díjakról a Kiegészítő jelentkezési segédlet című dokumentumunkban!

A választott fizetési határidő: (karikázza be) **korai** (Február utolsó napja) **késői** (Április 30)

Melyik fizetési módot választja: (karikázza be) **fizetés kredit kártyával** **banki átutalás, melynek dátuma:** \_\_\_\_\_

Kredit kártya: Terheljék meg a kártyámat \_\_\_\_\_ Euróval  VISA  Master Card

Kártyaszám 















 Kártya lejárat dátum \_\_ / \_\_

A kártyatulajdonos aláírása \_\_\_\_\_ A kártyatulajdonos neve nyomtatott betűkkel \_\_\_\_\_

International Board of Lactation Consultant Examiners  
incorporated in Virginia USA, members' liability limited

**IBLCE Európai Iroda**  
**2511 Pfaffstaetten, Steinfeldgasse 11, Austria**

Korábbi IBCLC-k részére:

L (a minősítés elévülésének éve: \_\_\_\_\_)

Azon évek, amikor jelentkezett ICLCE vizsgára:  
19 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

5. MELLÉKLETEK:

Kérjük, jelölje "X"- el, hogy mely dokumentumokat mellékeli jelentkezési anyagához:

- Banki átutalási bizonylat fénymásolata
- A követelményeknek való megfelelést bizonyító diploma, oklevél, vagy regisztrációs dokumentum fénymásolata
- A teljesített tanfolyamokon, oktatási órákon való részvételről szóló igazolások fénymásolatai
- KETTŐ eredeti szakmai ajánlólevél vagy formanyomtatvány

## A HIVATAL TÖLTI KI!

	Nr _____	
Postmark _____	Date received _____	
Deadline F A € _____	Receipt _____	
Pathway: 1 2 3 L		
# of CE _____	# of BC _____	Course _____
Biographical details:		
Ref 1 2 CHE		
Sp Con _____		Male _____
Status _____		Coord _____

## 6. SZOPTATÁSI TANÁCSADÁSI ÓRÁK KISZÁMÍTÁSA AZ ELMÚLT 5 ÉVRE:

Az alábbi táblázat használatával készítsen egy saját kimutatást a meglévő szoptatási tanácsadási gyakorlati óráiról, az *IBLCE Vizsgatájékoztató* iránymutatásait alapul véve.

A MUNKA / GYAKORLATSZERZÉS HELYE <i>1. oszlop</i>	TITULUS / MUNKAKÖR <i>2. oszlop</i>	TEVÉKENYSÉGI TERÜLET / A VÉGZETT MUNKA JELLEGE / SZOPTATÁSI TANÁCSADÁSI TEVÉKENYSÉG <i>3. oszlop</i>	a tevékenység kezdő és záró dátuma, év / hónap <i>4. oszlop</i>	összes munkahét kivéve szabadságolások <i>5. oszlop</i>	heti munkaórák száma átlagosan <i>6. oszlop</i>	összes munkaóra a jelzett időszakban <i>7. oszlop</i>	a munkaórák tanácsadással töltött százalékos aránya <i>8. oszlop</i>	ÖSSZ GYAKORLATI ÓRASZÁM <i>9. oszlop</i>
1. Barátságos Kórház Várpalota, Magyarország	Ápoló / Szülész nő	Többnyire újszülött-osztályos, időnként szülőszobai beosztás. Személyes tanácsadás, illetve heti 1 óra csoportos oktatás.	1998 / 4 - től 2003 / 10 - ig	253 hét	20 óra	5060 óra	40 %	2024 óra
2. Szoptatáspárti Kórház Bécs, Ausztria	Szülész nő / Kórházi védőnő	Akkreditált Bababarát Kórház – személyes tanácsadás az újszülött osztályon, szoptatás támogatás az újszülött intenzív osztályon, heti 8 óra ambuláns szoptatási tanácsadás.	2004 / 8 - től 2005 / 8 - ig	46 hét	38 óra	1748 óra	60 %	1049 óra

Nevezze meg egy olyan felettesét\* aki a gyakorlati óráinak egy részét, vagy akár az összeset, igazolni tudja:

A felettes beosztása / titulusa: \_\_\_\_\_

A felettes telefonszáma: \_\_\_\_\_

A felettes E-mail címe: \_\_\_\_\_

\* Csillaggal jelölje a fenti táblázatban azokat az órákat, melyeket a megnevezett felettes szupervíziója mellett teljesített.

**AZ ÖSSZES SZOPTATÁSI TANÁCSADÁSI  
GYAKORLATI ÓRASZÁM:**

**AZ ELVÁRT MINIMÁLIS GYAKORLATI ÓRASZÁMNAK A  
JELENTKEZÉS IDŐPONTJÁBAN MEG KELL LENNIE**

## 7. KIMUTATÁS AZ ELMÚLT 5 ÉVBEN TELJESÍTETT, LAKTÁCIÓSPECIFIKUS SZAKMAI TOVÁBBKÉPZÉSI ÓRÁKRÓL:

Az alábbi táblázatban soroljon fel legalább összesen 90 óra időtartamú olyan tanfolyamot, szakmai továbbképzést, amely laktációval, szoptatástámogatással volt kapcsolatos, és amelyen részt vett az elmúlt 5 évben. A jelentkezési anyagához csatolja a részvételt igazoló dokumentumok fénymásolatát, vagy adott esetben valamely más dokumentumot mely a teljesített tanfolyami óráit igazolja. **Ügyeljen rá, hogy legalább 90 órányi tanfolyamot tüntessen fel! Az elvárt minimális továbbképzési óraszámnak a jelentkezés időpontjában meg kell lennie!** További információkat az *IBLCE Vizsga tájékoztatóban* találhat.

DÁTUM	HELYSZÍN	A TOVÁBBKÉPZÉS VAGY TANFOLYAM CÍME	ELŐADÓ(K) / SZERVEZŐ	IGAZOLÁS CSATOLVA?	ÓRASZÁM vagy L CERP érték
15 / 8 / 2007	Jóságos Kórház, Vác, HU	Szoptatott babák nem kielégítő súlygyarapodása	Tej Teréz, IBCLC & Kedves Kata, IBCLC	igen	5.5 óra
Febr - Jun 2009	London, UK	Laktáció és anyatejes táplálás (angol nyelvű kurzus)	Global Breastfeeding Courses	igen	28 L CERP

**TELJESÍTETT TOVÁBBKÉPZÉSI ÖSSZÓRASZÁM, A JELENTKEZÉS IDŐPONTJÁT MEGELŐZŐ 5 ÉVBEN, MINIMUM 45 ÓRA:**

## 8. A JELENLEGI ELSŐDLEGES MUNKATEVÉKENYSÉGÉNEK FORMÁJA:

Tegyen egy "X"-et abba a négyzetbe, amely megfogalmazás leginkább illik arra a tevékenységi formára, amiben Ön jelenleg dolgozik! Csak egy megfogalmazást jelöljön meg!

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Kórház - szülészeti (minden terület) | <input type="checkbox"/> 6 Anya és gyermek egészségügy | <input type="checkbox"/> 11 Orvosi praxis                     |
| <input type="checkbox"/> 2 Kórház - csak újszülött részleg      | <input type="checkbox"/> 7 Védőnő                      | <input type="checkbox"/> 12 Szoptatási tanácsadói magánpraxis |
| <input type="checkbox"/> 3 Kórház - általános                   | <input type="checkbox"/> 8 Rendelő / területi ellátás  | <input type="checkbox"/> 13 Baba-mama csoport                 |
| <input type="checkbox"/> 4 Kórház - gyermekgyógyászat           | <input type="checkbox"/> 9 Újszülött otthoni ellátása  | <input type="checkbox"/> 14 Oktatási intézmény                |
| <input type="checkbox"/> 5 Kórház - újszülött intenzív          | <input type="checkbox"/> 10 Szülőház / otthoni szülés  | <input type="checkbox"/> 15 Független oktató                  |
| <input type="checkbox"/> 16 Egyéb (részletezze!)                |  |   |

## 9. JELENLEGI MUNKAHELY:

A jelenlegi munkahelyének neve és címe, megjelölve a részleget is (pl. osztály, rendelő):

---



---



---

## 10. ÉLETRAJZI ADATOK:

Jelöljön be egyet vagy többet az alábbi négyzetekből, jelezve ezzel egészségügyi végzettségeit:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 IBCLC (bármikor is nyerte el ezt a címet)            |
| <input type="checkbox"/> | 2 Egészségügyi főiskolai (BA), vagy hasonló végzettség |
| <input type="checkbox"/> | 3 Nyilvántartott vagy diplomás ápoló                   |
| <input type="checkbox"/> | 4 Nyilvántartott vagy diplomás szülésznő               |
| <input type="checkbox"/> | 5 Kórházi védőnő                                       |
| <input type="checkbox"/> | 6 Területi védőnő                                      |
| <input type="checkbox"/> | 7 Segédápoló, vagy házi gyermekápoló                   |
| <input type="checkbox"/> | 8 Dietetikus, gyógytornász, logopédus                  |
| <input type="checkbox"/> | 9 Orvos  |
| <input type="checkbox"/> | 10 Akkreditált baba-mama csoportvezető, tanácsadó      |
| <input type="checkbox"/> | 11 Egyéb (fejtse ki) _____                             |

Jelöljön be *egy*et alábbi négyzetekből, jelezve ezzel legmagasabb iskolai végzettségét (bármely területen):

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 Doktori fokozat (Ph.D.) _____ -ből        |
| <input type="checkbox"/> | 2 Egyetemi szintű diploma (MA) _____ -ből   |
| <input type="checkbox"/> | 3 Főiskolai szintű diploma (BA) _____ -ből  |
| <input type="checkbox"/> | 4 Négy éves főiskolai végzettség _____ -ből |
| <input type="checkbox"/> | 5 Felsőfokú szakképzettség _____ -ből       |
| <input type="checkbox"/> | 6 Egyéb (fejtse ki) _____                   |

## 11. EGYÉNI KÉRÉSEK, MEGFONTOLÁSOK:

További információkat lásd az *IBLCE Vizsgatájékoztatóban*.

- Speciális előkészületeket szeretnék kérni fogyatékoságomra való tekintettel. Csatolom az ezt igazoló dokumentumot és a kérésem további részleteit.
- Lehetséges, hogy különleges figyelemre lesz szükségem a vizsga napján, mivel várandós vagyok. A szüléssem várható időpontja: \_\_\_\_\_
- Szeretném a vizsgát más nyelven letenni, mint az angol. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nincs elegendő jelentkező e más nyelvű vizsgára, úgy nem készül külön fordítás. Ebben az esetben jogot tarthatok a befizetett vizsgadíj teljes visszatérítésére, vagy élhetek az angol nyelvű vizsga lehetőségével.
- Szeretnék kétnyelvű szótárt használni a vizsga alatt. Tudomásul veszem, hogy a szótárt ellenőrzésre rendelkezésre kell bocsátanom, és hogy ezt a vizsgát megelőző nap is kérhetik tőlem.

## 12. MEGVÁLASZOLANDÓ KÉRDÉSEK:

Kérjük, az öt alábbi kérdés mindegyikénél karikázza be az Önre vonatkozó választ. Ha bármely kérdésre „Igen” a válasz, kérjük, alább fejtse ki. Amennyiben további információkra is szükség lenne, az IBLCE további bizalmas információkérés céljából meg fogja Önt keresni. Késlelteti a jelentkezési eljárását, ha egy vagy több kérdést nem válaszol meg, és/vagy „Igen” válasz esetén nem szolgál magyarázattal.

- (1) Az elmúlt tíz (10) évben állt-e, illetve jelenleg áll-e alkohol, kábítószer, vagy egyéb más olyan szertől való függőség alatt, amely rontja, vagy korlátozza, illetve ha a függőség kezelés nélkül marad, a jövőben nagy valószínűséggel rontja vagy korlátozza fizikailag vagy mentálisan, több mint jelentéktelen mennyiségben, az Ön képességét alapvető feladatainak ellátásában (lásd alább, a 3. kérdésnél a részletezett listát), mint egészségügyi ellátást biztosító személy, laktációs szaktanácsadó illetve szoptatási tanácsadó?

IGEN NEM

- (2) Jelenleg van-e bármilyen súlyos vagy krónikus betegsége, amely különösen is rontja, vagy korlátozza, illetve ha a betegség kezelés nélkül marad, a jövőben nagy valószínűséggel rontja vagy korlátozza, több mint jelentéktelen mennyiségben, az Ön képességét alapvető feladatainak ellátásában (lásd alább, a 3. kérdésnél a részletezett listát), mint egészségügyi ellátást biztosító személy, laktációs szaktanácsadó illetve szoptatási tanácsadó?

IGEN NEM

- (3) Ítélték-e el Önt valaha bűncselekmény miatt (kivéve kisebb közlekedési kihágások), mely természeténél fogva kapcsolódik, vagy különleges fontossággal bírhat annak megítélésében, hogy Ön képes-e ellátni, illetve megbízhatóan látja-e el alapvető kötelességeit mint egészségügyi ellátást biztosító személy, laktációs szaktanácsadó illetve szoptatási tanácsadó? Ezek a kötelességek az alábbiak: (1) a kliens/páciens bizalmas közlendőinek titokban tartása; (2) méltányos gondossággal való eljárás; (3) megfelelő szolgáltatás nyújtása; (4) a személyes integritás fenntartása; (5) teljes és hű jelentést írni az egészségügyi tevékenység során; (6) a laktációs szaktanácsadói szakma szabályainak megfelelő eljárás; (7) független szakmai vélemény megalkotása, elkerülve az esetleges érdeklődésből fakadó befolyásoltatást; (8) az IBLCE testület fegyelmi határozatainak tiszteletben tartása; illetve (9) a szoptatás segítése, védelme és támogatása.

IGEN NEM

- (4) Volt-e Ön ellen megalapozott panasz, amely következtében fegyelmi vagy javító-nevelő eljárás indult? Ilyen eljárás lehet, de nem kizárólagosan, bármely korábbi üzleti vagy szakmai jogosítvány visszavonása, mely az Ön egészségügyi ellátó személyzeti, laktációs szaktanácsadói vagy szoptatási tanácsadói tevékenységéhez, tanácsához vagy teljesítményéhez vagy nem-teljesítéséhez kapcsolódik, illetve bármilyen eljárás egészségügyi téren tett panasz (beleértve, de nem kizárólagosan, munkahelyi panaszok, illetve bármely adminisztratív szerv, engedélyező szerv, szakmai csoport, bíróság, közvetítő, döntőbíró vagy egyéb bíróság előtt tett panaszok).

IGEN NEM

- (5) Érkezett-e Ön ellen megalapozott panasz, amely következtében jelenleg fegyelmi vagy javító-nevelő eljárás van folyamatban? Ilyen eljárás lehet, de nem kizárólagosan, bármely korábbi üzleti vagy szakmai jogosítvány visszavonása, mely az Ön egészségügyi ellátó személyzeti, laktációs szaktanácsadói vagy szoptatási tanácsadói tevékenységéhez, tanácsához vagy teljesítményéhez vagy nem-teljesítéséhez kapcsolódik, illetve bármilyen eljárás egészségügyi téren tett panasz (beleértve, de nem kizárólagosan, munkahelyi panaszok, illetve bármely adminisztratív szerv, engedélyező szerv, szakmai csoport, bíróság, közvetítő, döntőbíró vagy egyéb bíróság előtt tett panaszok).

IGEN NEM

**VÁLASZOK A FENTI MEGVÁLASZOLANDÓ KÉRDÉSEKRE: Amennyiben a fenti, 12. részben feltett kérdések bármelyikére „Igen” a válasz, kérjük, alább szolgáltasson magyarázattal.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **KIKÖTÉSEK ÉS FELTÉTELEK:**

Kérjük, olvassa el alaposan az alábbi állításokat; majd ezt követően lássa el kézjegyével és dátummal a lap alján. Bármely vitás ügyben, mely az alábbiakból származik, a Fairfax County, Virginia, USA-beli bíróság illetékes. **Amennyiben nem látja el kézjegyével, illetve dátummal ezt a lapot, azzal késlelteti a jelentkezési eljárását.**

**JELENTKEZNI KÍVÁNOK** az IBLCE laktációs szaktanácsadó vizsgájára. Tudomásul veszem, hogy a vizgára minden évben egyszer, ugyanazon a napon kerül sor (július utolsó hétfőjén), és csak feleletválasztós teszt formában van mód vizsgát tenni.

**IGAZOLOM, HOGY** a jelentkezési lapon lévő és az ahhoz csatolt információk helyesek, és a jelentkezési lap minden információt tartalmaz, mely a tárgyhoz tartozik.

**TUDOMÁSUL VESZEM**, hogy a jelentkezési anyagomat vizsgálatnak vethetik alá. Amennyiben a jelentkezésemet átvizsgálásnak vetik alá, köteles leszek megfelelő információt nyújtani alkalmasságom bizonyítására. Tisztában vagyok azzal is, hogy amennyiben az általam szolgáltatott információ, illetve dokumentumok nem elégségesek, vagy érkeznek meg az IBLCE által megjelölt határidőre, úgy nem engedélyezhető számomra a vizsgán való részvétel.

**ELFOGADOM** az IBLCE vizsgadíjakat, jelentkezési határidőket, és minden, a vizgára való jelentkezéssel kapcsolatos eljárási, fizetési és fellebbezési szabályokat, ahogy ezek kifejtésre kerülnek az IBLCE országomra vonatkozó vizsgajelentkezési dokumentumokban. Tudomásul veszem, hogy amennyiben figyelmen kívül hagyom ezeket a szabályokat, abban az esetben viselem ennek következményeit, amelybe beletartozik, de nem kizárólagosan, további díjfizetési kötelezettség, és/vagy a vizsgán való részvétel lehetőségének elvesztése is.

**ELFOGADOM**, hogy sikeres vizsga esetén a nevem bekerül az IBCLC nyilvántartásba, illetve hogy az IBLCE fenntartja a jogot, hogy igazolást adjon a minősítést szerzett személyekről, amennyiben valamely közösségi érdek ezt megkívánja.

**ELFOGADOM**, hogy köteles vagyok tartani magam az IBCLC laktációs szaktanácsadói szakma szakmai szabályaihoz olyan módon, hogy ragaszkodom az irányelvekhez, melyeket az alábbi dokumentumok tartalmaznak: *IBLCE Etikai kódexe IBCLC végzettségűek számára, IBCLC végzettségűek számára az IBLCE által meghatározott tevékenységi szabályzat, IBCLC tevékenység klinikai kompetenciái*, illetve az *IBLCE dokumentációs szabályzat*. Továbbá tudomásul veszem, hogy az IBLCE bír egyedül felhatalmazással arra nézve, hogy értelmezze, illetve alkalmazza a rendelkezéseket, melyeket az előző mondatban megjelölt dokumentumok tartalmaznak.

**ELFOGADOM**, hogy az *IBLCE Etikai kódexe IBCLC végzettségűek számára, IBCLC végzettségűek számára az IBLCE által meghatározott tevékenységi szabályzat, IBCLC tevékenység klinikai kompetenciái*, illetve az *IBLCE dokumentációs szabályzat* megsértése esetén rám az *IBLCE fegyelmi eljárásaiban* foglaltak vonatkoznak. Továbbá amennyiben etikai panasz érkezik ellenem, tudomásul veszem, hogy köteles vagyok részt venni és együttműködni a fegyelmi eljárásban. (Lásd: [www.iblce.org](http://www.iblce.org), ahol a fent említett dokumentumok megtalálhatóak)

**TUDATOSAN ÉS AKARATOMMAL EGYEZŐ MÓDON LEMONDOK** minden jogomról, ami alapján, az érvényben lévő, vonatkozó törvények alapján, kérhetnék, fogadhatnék, illetve tudomást szerezhetnék bármilyen specifikus információról, amely az IBCLC vizsga adatbankjában szerepel, legyen az a szövegezése vagy tartalma egy kérdésnek, vagy a megjelenítése vagy tartalma egy fényképnek, mivel tudomásul veszem, hogy az IBLCE ezeket az információkat bizalmasan kell, hogy kezelje annak érdekében, hogy megőrizze a vizsgafolyamat feddhetetlenségét.

**ELFOGADOM**, hogy miután az IBLCE áttekintette ezt a jelentkezési lapot és a csatolt dokumentációt, további információkat kérhet, ha úgy tartja megfelelőnek annak érdekében, hogy meggyőződhessen a rendelkezésre bocsátott információk megbízhatóságáról, illetve hogy meggyőződhessen a laktációs szaktanácsadói tevékenység gyakorlásához szükséges személyes jellemvonásaimról és rátermettségemről.

**TUDOMÁSUL VESZEM**, hogy az IBLCE a kielégítő mentális egészséget az IBCLC végzettség megszerzésének előfeltételeként tartja számon. Ez magába foglalja azt, hogy a jelentkező nem rendelkezik olyan nem kezelt, illetve nem kontrollált mentális betegséggel, amely rontja vagy korlátozza a jelöltet abban, hogy laktációs szaktanácsadói tevékenységét képes legyen kompetensen és megfelelő szakmaisággal gyakorolni, illetve nem áll fenn annak a valószínűsége, hogy egy ilyen korábbi mentális betegség visszatérhet.

**TUDOMÁSUL VESZEM**, hogy az IBLCE elsősorban e-mail útján tart velem kapcsolatot. Ennek megfelelően tudomásul veszem, hogy az IBLCE tiszteletben tartja a személyiségi jogaimat, és ennek érdekében olyan eljárási módot foganatosít, melynek során az IBLCE tárol, gyűjt és használ személyes információkat, azonban ezt olyan módon teszi, amely megfelel a legmagasabb szintű elvárásoknak. (A személyiségi jogok tiszteletben tartásával kapcsolatos eljárási módot lásd: [www.iblce.org](http://www.iblce.org))

**Jelentkező aláírása** \_\_\_\_\_

**Dátum** \_\_\_\_\_