4.2
3.2

Munkahelyi megbetegedések elismerése foglalkozási betegségként – foglalkozás-egészségügyi, jogi és epidemiológiai szempontok, viták

Tárgyszavak: foglalkozási betegség; betegséglista; epidemiológia; szinergizmus; okozási valószínűség; relatív kockázat; kumulatív kockázat; társadalombiztosítási jog.

A Német Epidemiológiai Munkaközösség 8. évi közgyűlésének (Hamburg, 2000. szept.) négy előadása foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy a betegségek foglalkozási eredetének megítélésében és ennek elismerése esetén a kártalanítás jogi hátterének megteremtéséhez melyek

- a foglalkozás-egészségügy,
- a társadalmi jog és
- az epidemiológia

lehetőségei, határai és korlátai.

Foglalkozási betegségek elismerésének helyzete Németországban

A közelmúlt statisztikai adatai szerint Németországban a foglalkozási betegség gyanújával bejelentett eseteknek mintegy 3/4 részét nem ismerik el hivatalosan, és ez az irányzat emelkedő *(1. táblázat).* Emellett 1998-ban az ok szerint elismert foglalkozási eredetű betegségben szenvedőknek 69%-át nem kártalanították nyugdíjjal. Sokan felvetik ezért a kérdést, vajon ilyen számarányok mellett megfelel-e rendeltetésének az ország társadalom- és baleset-biztosítási rendszere.

Definíciók

A foglalkozási betegség és a munkahelyi baleset munkajogilag fontos megkülönböztetéséhez alapul szolgáló definíciók közül a baleset meghatározása nem hagy kétséget maga után, amennyiben kimondja, hogy a baleset az emberi testet kívülről érő, időben korlátozott, egészségkárosodást vagy halált okozó esemény, amely biztosításköteles tevékenység közben következik be.

1. táblázat

Foglalkozási betegségek statisztikai adatai Németországban (1998)

	n	%	Trend%*)**)	
Bejelentett feltételezett esetek	85 787	100	–3,4	–5,4
Elismerve (el nem ismerve)	20 734 65 053	24 76)	–11,5	–3,5
Elismerve, nyugdíjjogosultsággal (elismerve nyugdíj nélkül)	6 397 14 355	31 69)	–18,9	?
Foglalkozási betegségben elhaltak	2 040		–6,6	–8,9

*) 1997-hez képest; **) 1996-hoz képest

A foglalkozási betegségek meghatározása ezzel szemben sok bizonytalanságot rejt. A rájuk vonatkozó szövetségi törvényerejű rendelet közli elismert listájukat, megállapítva, hogy „A foglalkozási betegséget az orvostudomány által nyilvántartott különleges hatások idézik elő, amelyek személyek egy meghatározott csoportját biztosításköteles tevékenységük által, a többi lakosságnál sokkal nagyobb mértékben érik”.

Kérdés azonban, hogy miben áll

- egy „különleges hatás”,
- egy betegség „előidézése”,
- egy „meghatározott embercsoport” és
- a „sokkal nagyobb” érintettség.

A megítélés elvi nehézségei

Az elismerést foglalkozási betegségként magából a rendszerből kifolyólag akadályozzák, ill. elvileg szemben állnak vele

- a nyugdíj megítélése rendszerint csak a munkaképesség 20%-os csökkenésétől kezdve, holott a bőr és hallás sérülése mint leggyakoribb foglalkozási betegségek ezt a legritkább esetben „érik el”,
- a hivatalos lista 67 foglalkozási betegséghez kapcsolt számos korlátozás, és a jogilag bizonytalan alkalmazások;
- olykor évtizedes lappangás, és emiatt a bizonyítási nehézségek
  - ráterhelése a betegre, valamint
  - következményeik a foglalkozás-egészségügyi és -biztonsági döntéshozatalban és a felvethető etikai problémákban,
- az „általános alkalmasság” és
- a „csoporttipizálás” társadalomjogi követelményei, és ezekkel összefüggésben
  - szinergisztikus hatáskombinációk.

Az elismerés problematikus megszorításai

A hivatalos listán felsorolt betegségek definíciójában gyakran szerepelnek nehezen értelmezhető vagy indokolatlan megszorítások, amelyek vonatkozhatnak valamely

- tevékenységre,
- kiváltó okra,
- diagnózisra vagy
- tevékenység abbahagyásának szükségességére.

Pl. a meniszkuszsérüés elismerésének feltétele a definíció szerint a térdízületet tartósan vagy gyakori ismétlődéssel, átlagon túl terhelő tevékenység. Eszerint a tevékenység maga, ha egyszeri, nem elég, még ha ugyanolyan károsodást vált is ki, mint a többéves vagy többszöri. A nyálmirigy krónikus betegsége csak „állandóan" terhelő nyomásra (időnkéntire nem) fejlődhet foglalkozási ártalommá.

A foglalkozási betegség utólagos diagnózisához nem elég, ha a beteg meghal tüdő- vagy gégefőrákban, ki kell mutatni a megbetegedést tüdő- vagy mellhártya-azbesztózisban, vagy azt, hogy az érintett legalább 25 évet töltött azbesztrost vagy por folyamatos hatásának kitéve (ami egyébként a bizonyíthatóság korlátaiba is ütközik, a régi üzemi állapotok gyakorlatilag lehetetlen rekonstruálása miatt).

Végül a lista nyolc megbetegedése, köztük igen gyakori bőrbetegségek esetében, a foglalkozási betegségként való elismerésnek az is feltétele, hogy – a betegség „súlyos", vagy az érintett többszörös visszaeső volta mellett – a munkavállaló el legyen tiltva a tüneteket kiváltó tevékenység folytatásától. Ez a munkanélküliség jelenlegi szintjét tekintve, éppen ellenkezőleg, az illető – sokszor felsőfokú – képzettségének megfelelő munka folytatását vonja maga után, a tünetek súlyosbodásával (inkább lemondva a munkajogi procedúráról).

„Általános alkalmasság" és „csoporttípusosság"

Az „általános alkalmasság" és a „csoporttípusosság" kettős követelménye egyaránt központi jelentőségű

- az új foglalkozási betegségekre vonatkozó törvényalkotás és
- az egyedi fellebbviteli döntések

területén. Társadalomjogi szabályként mindkettő előírja a munkahelyi „különleges" hatás meghatározását mint munkavégzéshez kötött ártalmat, amely lehet gőz, gáz, por, hideg, meleg, mechanikai túlterhelés, fertőzés stb. Itt viszont a törvény szerint nem elég a hatás és az – akár halálos kimenetelű – betegség közti okozati összefüggés egyedi bizonyítása, fel kell mutatni egy embercsoportra vonatkozó hasonló esetet, vagyis a jelenség típusos voltát. Ellenkező esetben elutasítják a foglalkozási betegségkénti elismerését.

A törvény ezenkívül megkívánja, hogy az orvostudomány elismerje a hatás általános alkalmasságát az adott betegség kiváltására vagy rosszabbodá-

sára. Az orvostudományban – mint a többi tudománynál is – sokféle nézet érvényesül és bármilyen „általánosság” elfogadása sokszor lehet egy-egy tanszéken a vezetőváltás függvénye.

Az „általános alkalmasság” bizonyítása elsősorban statisztikai feladat, de statisztikai adatok hiányában a törvény úgy rendelkezik, hogy gyakorlati döntésekbe bevonhatók

- más jogágakban született döntések,
- kutatási és empirikusan szerzett ismeretek,
- módszeresen kiértékelt orvosi tapasztalatok, de még
- farmakológiai és molekuláris biológiai eredmények is.

Orvosi oldalról azonban aggályosnak ítélik, hogy olyan modern, viharosan fejlődő szektorok, mint a molekuláris biológia vagy a rákkutatás perdöntő lehessen szociális vonatkozású foglalkozás-egészségügyi kérdésekben.

A kétszeres kockázat kritériuma

Valamely megbetegedésnek a foglalkozási betegségek ez idő szerint 67 tagú német hivatalos listájára való felvételét szabályozó, idézett definció szerint – egyedi esetek nélkülözhetetlen szakértői elbírálása mellett – igazolni kell, hogy egy csoport a lakosságénál „sokkal nagyobb” mértékben van kitéve bizonyos hatásnak. A német szövetségi minisztérium orvosszakértői abban egyeztek meg, hogy a „sokkal nagyobb” mérték kritériumának a betegségi kockázat (legalább) megkétszereződését kell tekinteni.

Ezt a kritériumot egyre több szakértő fogadja el, sőt olykor – ha közvetve is – egyedi döntésekben és szinergizmus vitákban. Ezt arra a meggondolásra alapozzák, hogy az exponált személy betegségi kockázata több, mint 50%-ban foglalkozási eredetű akkor, ha a nem-exponáltéhoz viszonyított kockázata több, mint kétszeres. Más szóval: ez esetben több szól foglalkozási okok *mellett*, mint ellenük, és megfordítva, 50%-nál kisebb feltételezhető foglalkozási kockázataránynál több szól ilyen eredet *ellen,* mint mellette. Végül valamely betegség foglalkozási eredetének elismerése, triviális megfogalmazásban feltételezi, hogy egy speciális munkaköri tevékenység és egy speciális megbetegedés között az összefüggés „inkább valószínű, mint valószínűtlen”.

A kétszeres kockázat kritériumát alkalmazták pl. két régi:

- tüdőrák azbesztexpozíció után,
- szénbányászok obstruktív idült hörghurutja/emfizémája,

és egy újabban a hivatalos listára felvett foglalkozási betegségre:

- tüdőrák benz-a-pirén- (BaP-) expozíció után.

A kétszeres kockázat kritériuma mint minimális expozíciós feltétel:

- 25 évi munka azbeszttel,
- 10 év feketeszénbányában,

– 10 év BaP-környezetben

mindhárom esetben beépül magába a foglalkozási betegség tényállásába, tehát a kritérium alapján eldől az egyedi okszerűség is.

Alsó-Szászország tartományi bírósága a fenti kritériummal kapcsolatban 1998-ban fontos döntést hozott, a kétszeres kockázat kritériumának negatív alkalmazása alapján a háti gerincben kialakult porckorongsérvvel nem teljesülhetnek a foglalkozási betegségként való elismerés feltételei, ha a megbetegedés gyakorisága a lakosság egészében meghaladja az 50%-ot.

Ez az ítélet – korábbi felvetések után – végleg eldöntötte, hogy a kétszeres kockázat kritériuma epidemiológiai-módszertani oldalról is megvilágításra szorul. Annál is inkább, mert az eltérő értelmezések társadalomjogi döntések félreérthetőségében is lecsapódnak Németországon kívül, pl. az USA-ban is.

A kétszeres kockázati kritérium bírálata, a betegség kezdetének „balratolódása”

Német kutatók a kockázatkettőződés elméleti elemzése alapján arra a következtetésre jutottak, hogy annak alkalmazása perdöntő kritériumként a betegségek foglalkozási eredetének elismerésére, ill. annak megtagadására vonatkozó döntésekben helytelen és téves értelmezésen alapszik. Gondolatmenetük lényege a következő:

A „relatív kockázatot” valószínűségekből és előfordulási arányokból lehet kiszámítani, de felhasználásukkal ugyanazon adatkészletből más-más értékek vezethetők le. Ez különös jelentőséget kap nagy háttérkockázattal járó betegségek, pl. idült hörghurut, porckorongsérv esetén.

A két érték egyike sem ad módot az okozási valószínűség kiszámítására, még az epidemiológiai megfigyelés ideális körülményei között sem. Az okozati valószínűség az exponált esetek azon százaléka, amelyeket az expozíció okszerűen hátrányosan érint. Így a kétszeresnél nagyobb kockázat nem egyenértékű 50%-osnál nagyobb okozási valószínűséggel.

A nem-megfelelés abból ered, hogy a relatív kockázat statisztikái nem veszik kellően figyelembe a betegség „előrehozott” kezdetét. Ez befolyásolja szinergizmusok mennyiségi becslését is, amelyet szintén meghamisít az érintettek számának csupán a relatív kockázat alapján történő meghatározása.

A munkahelyi expozíció káros hatása tehát nemcsak olyan betegség fellépésében nyilvánul meg, amely expozíció nélkül elmaradt volna, hanem olyan betegség korai megjelenésében is, amely expozíció nélkül később következett volna be. Ebben az esetben is az okozó szerepét kell tulajdonítani a munkahelynek, bár az „előrehozott megjelenés” elvét ez ideig csak foglalkozási betegség miatti 1 évvel korábbi elhalálozásra alkalmazták.

A reális viszonyoknak megfelelően eszerint – a kockázat munkavégzésnek tulajdonítható részarányán kívül – ki kell számítani az ún. balratolódást,

vagyis a betegség korábbra helyeződő (ill. helyezhető) kezdőpontját is epidemiológia-statisztikai módszerrel, és mindkét adatot be kell vonni a munkajogi döntéshozatalba. Ehhez orvosilag újra kell definiálni az adott betegség tüneteinek e jog számára releváns mértékét. Itt iránymutató lehetne az említett 1 éves halálozási előretolódás.

A betegség kiváltója, okozási valószínűség

Az okozási valószínűség a matematikai statisztika definíciója szerint annak valószínűsége, hogy egy az összes exponált megbetegedettek csoportjából véletlenszerűen kiragadott személy betegsége az expozícióra (terhelésre) vezethető vissza.

Legyen

- N az exponáltak között egy adott idő alatt fellépett összes új megbetegedések száma;
- N_0 azok száma, akiknek megbetegedését nem befolyásolta az expozíció (ha N_0 = 1, akkor egy személy expozíció nélkül is megbetegedett volna);
- N_1 azok száma, akik az adott idő alatt expozíció nélkül is megbetegedtek volna, de akiknek a betegségét az expozíció előbbre hozta (N_1 = 1: egy személy betegsége 1 évvel hamarabb jelentkezik);
- N_2 azok száma, akik expozíció nélkül nem betegedtek volna meg.

A fentiek alapján az expozíció alatt megbetegedettek közül $N_1 + N_2$ egyenlő azok számának összegével, akiknek betegségét az expozíció váltotta ki, vagyis az okozási valószínűséggel.

Ha a kumulált kockázat számítása nem veszi figyelembe a betegség kezdetének időpontját, akkor az N_0 és az N_1 szituációt nem lehet egymástól megkülönböztetni, így N_2/N-ből csak azok számarányának, az ún. többletfrakciónak meghatározására van mód, akik expozíció hiányában nem betegedtek volna meg az adott idő alatt.

Relatív kockázat, kumulatív kockázat

A relatív kockázat (relative risk, RR) fogalmával két különböző hatást lehet mennyiségileg definiálni:

- Az előfordulások aránya (incidence rate ration, IRR) egy tört, amelynek számlálója a megbetegedett exponáltak száma egy intervallum azon éveinek számára vonatkoztatva, amíg ténylegesen betegség kockázatának voltak kitéve (veszélyeztetett, azaz „at risk” személyévek), nevezője a megbetegedett, nem-exponáltak száma a megfelelő „at risk” személyévekre vonatkoztatva.
- A relatív kockázat és a belőle levezetett kumulatív kockázat kiszámításakor azt is tekintetbe kell venni, hogy a lakosság körében (mint kontrollcsoportban) gyakran előforduló betegségeknél a megfigyelés időtar-

tamának meghosszabbításával a relatív kockázat 1 felé, ezáltal az expozíciónak tulajdonítható, ún. többletkockázat 0 felé közelít.

Ha $N_1>0$, akkor

$N_2/N<(N_1+N_2)/N$ = okozási valószínűség,

s ez az eltérés annál nagyobb, minél több megbetegedés helyeződik korábbra. Ezáltal az okozási valószínűségre a relatív kockázaton alapuló, a mai gyakorlatban elfogadott

(RR-1)/RR

szabály a valóságnál kisebb okozási valószínűséget eredményez, ill. csak annak alsó határértékét adja meg. Tényleges értékének meghatározása az epidemiológiai vizsgálatok érvényességi körén is kívül esik. Ezzel szemben epidemiológiai módszerekkel ún. kohorszon, vagyis statisztikailag közös tulajdonságú csoportokon végzett tanulmányok alapján meg lehet becsülni egy-egy betegség előfordulási rátáját és annak befolyásoló tényezőit, s levezetni belőlük a megelőzés számára fontos ismereteket. Ezek az adatok azonban nem értelmezhetők okozási valószínűségként.

Az epidemiológia keretében

- a szabályozott halálozási körülményeket,
- az esélyarányt (odds ratio),
- a relatív kockázatot és belőle levezetett
- többletkockázatot

kiegészítendő, már évekkel ezelőtt megkezdődött olyan mennyiségi mutatók kifejlesztése, amelyekkel jellemezhető a megbetegedés időpontjának (életkorának) expozíció általi előbbre helyeződése (balratolódása). A kockázat korábbra tolódásának ez a szakasza (risk advance period, RAP) regressziós modellek és standard szoftver segítségével becsülhető.

Az előretolódás mérése

Az IRR és CRR (kumulatív kockázati arány) helyett (ill. mellett) javasolták a kockázat és az előfordulás előperiódusának (risk and rate advancement period, RAP) bevezetését, amely lehetővé teszi a megbetegedési kockázat korábbi megjelenésének mennyiségi meghatározását. Olyan betegségeknél, amelyeknek fellépési kockázata az életkorral egyenletesen nő, a RAP a expozíció hatását egy a megbetegedési kockázat életkori gradiensével definiált skálán méri. Ez azt jelenti, hogy ha pl. a hátgerinc-porckorongok ártalmával járó betegség fellépésére RAP = 10 év, akkor egy éveken át nehéz súlyokat cipelő és emelő 40 éves férfi megbetegedési kockázata ugyanakkora, mint egy 50 éves nem terhelt férfié.

A RAP azonban közvetlenül nem alkalmazható az okozási valószínűség eldöntésére. Ha tehát a RAP-értéket bevonják a foglalkozási betegség megíté-

lésébe, akkor meg kellene állapodni abban, hogy a megbetegedési kockázat előrehozatala egy adott betegségnél 5, 10 vagy 20 évvel minősül munkajogilag jelentősnek. Ennek a RAP-értéknek a betegség súlyosságához is igazodnia kellene.

Az életkorfüggő betegségekre speciálisan érvényes, ok szerint meghatározó RAP-értékek megállapítását megkönnyítené ezek kiszámítása és bevonása epidemiológiai tanulmányok eredményének feldolgozásába, a relatív kockázatok mértékét becslő CRR és IRR mellett.

Az öregedés folyamatához való kapcsolódása révén a RAP szemléletesebb a relatív kockázat viszonylag elvont fogalmánál. Azáltal, hogy a RAP mint kockázati mértékszám az érintettek számára érzékelhetőbbé teszi a lehetséges veszélyt, elősegíthetné megelőzési stratégiák megvalósítását.

A RAP valamely betegség korábbi manifesztálódását egy mukahelyi expozíció okszerűen hátrányos hatásaként képezi le. Ezt az információt a relatív kockázat szokásos mértékszámai: a kumulatív kockázati arány (CRR) nem, az előfordulási arány (IRR) nem világosan értelmezhető formában tartalmazza.

A betegség súlyosságának elkerülhetetlen bevonását a jogi érvényű RAP definiálásába indokolja egy szélsőséges példa: Ha korábbi bírói döntések alapján egy kedvezőtlen prognózisú rákos megbetegedés kockázatának 1 éves korábbra tolódása a foglalkozási betegség pozitív megítéléséhez vezet, akkor az izom- és csontrendszer betegségeire lényegesen nagyobb RAP-értéket kellene megállapítani. Ha ugyanis a munkaköri terhelés pl. egy porckorongsérv fellépését csak 1 évvel hozná előbbre, akkor a jelenlegi jogi gyakorlat alapján csupán alkalmi, nem kártalanításra jogosító oknak minősülne.

(Dr. Boros Tiborné)

Woitowitz, H.-J.: Anerkennung von Berufskrankheiten aus der Sicht der Arbeitsmedizin. = Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 51. k. 6. sz. 2001. p. 262–268.

Krasney, O.E.: Anerkennung von Berufskrankheiten – aus der Sicht des Sozialrechts. = Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 51. k. 6. sz. 2001. p. 270–275.

Morfeld, P.; Piekarski, C.: Anerkennung von Berufskrankheiten aus Sicht der Epidemiologie – Missverständnis und Missbrauch des Kriteriums der Risikoverdopplung. = Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 51. k. 6. sz. 2001. p. 276–285.

Seidler, A.; Pfahlberg, A. stb.: Anerkennung von Berufskrankheiten – Anwendung der Risikoverdopplung und alternativer Kriterien. = Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 51. k. 6. sz. 2001. p. 286–295.

Berger, J.: Anerkennung von Berufskrankheiten – Versuch einer Synopse. = Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 51. k. 6. sz. 2001. p. 299–304.

EGYÉB IRODALOM

Wu, F. Y.; Wu, W. Y. stb.: Effect of genotoxic exposure to chromium among elektroplating workers in Taiwan. (Géntoxikus króm expozíció hatása galvánüzemi dolgozókra Tajvanon.) = The Science of the Total Environment, 279. k. 1–3. sz. 2001. nov. 12. p. 21–28.

Hsiao, C. Y.; Wu, H. D. stb.: A longitudinal study of the effects of long-term exposure to lead among lead battery factory workers in Taiwan (1989–1999). (Hosszú távú ólomexpozíció hatásának követéses vizsgálata tajvani ólomakkumulátor-üzemi munkások között (1989–1999).) = The Science of the Total Environment, 279. k. 1–3. sz. 2001. nov. 12. p. 151–158.

Pilkington, A.; Buchanan, D. stb.: An epidemiological study of the relations between exposure to organophosphate pesticides and indices of chronic peripheral neuropathy and neuropsychological abnormalities in sheep farmers and dippers. (Juhfarmokon dolgozók szerves foszfát peszticid expozíciója és krónikus perifériális neuropátiája, ill. neuropszichológiai rendellenességei közötti kapcsolat epidemiológiai vizsgálata.) = Occupational and Environmental Medicine, 58. k. 11. sz. 2001. nov. p. 702–710.

BUDAPESTI MŰSZAKI
ÉS GAZDASÁGTUDOMÁNYI
EGYETEM

OMIKK

ORSZÁGOS MŰSZAKI
INFORMÁCIÓS
KÖZPONT ÉS KÖNYVTÁR

2002-ben az OMIKK továbbra is megjelenteti a

KÖRNYEZETVÉDELMI FÜZETEK

című gyűjteményes kiadványát.
A kiadványhoz egyenként 2–4 szerzői ív – 40–70 oldal – terjedelmű szakirodalmi tanulmányok készülnek. A tanulmánycímeket a jegyzék ismerteti. (Felhívjuk szíves figyelmüket, hogy a tanulmányok sorrendje nem jelenti a megjelenés sorrendjét.) A füzetek megrendelhetők egyenként, tetszőleges válogatásban és teljes gyűjteményként is. Az egyes füzetek ára – terjedelemtől függően – 1500–2500 Ft + ÁFA. A teljes gyűjtemény ára a füzetszámból adódó teljes vételár 80%-a. Az elektronikus forma (MS Word dokumentum) ára az aktuális füzetár 90%-a.

A Környezetvédelmi Füzetek 2002. évi tanulmányai

2201 Az EU regionális és strukturális támogatásaiban érvényesülő környezeti szempontok
2202 A perspektivikus energiatakarékos technológiák és a kockázati tőke befektetései
2203 A vegyipar „responsible care” (felelős gondoskodás) programja
2204 Több közegben megjelenő szennyezők kockázatelemzése
2205 Környezetvédelem gépipari üzemekben
2206 A környezeti felelősség és privatizáció Közép- és Kelet-Európában
2207 Városi autóbuszok alternatív üzemanyagai
2208 Klímaváltozás és a vízkészletek kapcsolata
2209 Szennyvíziszap felhasználásának előnyei és veszélyei
2210 A MTBE (metil-tercier butil-éter) és a talajvíz
2211 A kommunális hulladékkezelés energia- és emissziómérlege
2212 Szelektív hulladékkezelés és a gazdaságosság
2213 Mosószerek, ill. alkotóik a környezetben
2214 Szelén a környezetben
2215 Arzén a környezetben
2216 A faj-, ill. tájdiverzitás fenntartásának támogatása
2217 Kadmium a környezetben
2218 Gyógyszermaradék a kommunális hulladékban, a megelőzés lehetőségei

Bővebb információ, megrendelés:

BME–OMIKK – Műszaki–Gazdasági Kiadványok Osztálya
1011 Budapest, Gyorskocsi u. 5–7.
tel.: 457-5322 tel./fax: 457-5323 e-mail:mgksz@omk.omikk.hu

M E G R E N D E L É S

Alulírott megrendelem a Környezetvédelmi Füzetek teljes sorozatát (2002)
vagy ……..……..…számait.
Megrendelő neve: …… Tel./Fax: ……
Címe: ……..……
A megrendelés száma: …….. Ügyintézője: ……..……
A megrendelő pénzforgalmi jelzőszáma: ……..……
Kelt: ..…….

(cégszerű aláírás, bélyegző)

Szállítási feltételek: legkésőbb a tárgyévet követő év vége.