

MEGHATALMAZÁS

Alulírott: _____

Szül. hely: _____, _____ .év _____ .hó _____ .nap

Anyja neve: _____

Sz.ig.szám: _____

Lakcím: _____

meghatalmazom

_____ -t,

Szül. hely: _____, _____ .év _____ .hó _____ .nap

Anyja neve: _____

Sz.ig.szám: _____

Lakcím: _____

, hogy helyettem egészségügyi dokumentációmát átvegye **(lelet, recept), illetve**

_____ kapcsolatos ügyekben eljárjon.

Ez a meghatalmazás _____ -ig érvényes.

Kelt: (Város, év. hó. nap.)

aláírás (meghatalmazó)

Tanúk:

Név: _____

Név: _____

Lakcím: _____

Lakcím: _____

Sz.ig.szám: _____

Sz.ig.szám: _____

aláírás

aláírás