



BUDAÖRSI
EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT

MEGHATALMAZÁS

Alulírott

név:

születési dátum:

lakcím:

anyja neve:

személyi igazolvány száma:

az 1997. évi CLIV. törvény 24.§ (8) bekezdése alapján meghatalmazom

meghatalmazott neve:

születési dátum:

anyja neve:

személyi igazolvány száma:

hogy a Budaörsi Egészségügyi Központban rólam készült egészségügyi dokumentációt (lelet, szövettani eredmény stb.) helyettem átvegye.

A meghatalmazás egyszeri alkalomra, (év) (hónap) (nap)-ra szól.

VAGY:

A meghatalmazás (év) (hónap) (nap)-ig érvényes.

Kelt: (hely) (év) (hónap) (nap).

.....

Meghatalmazó aláírása

.....

Meghatalmazott aláírása

Előttünk mint tanúk előtt:

Név:.....

Név:.....

Lakcím:.....

Lakcím:.....

Személyi ig. száma:.....

Személyi ig. száma:.....

Aláírás:.....

Aláírás:.....