

MEGHATALMAZÁS

Alulírott (szül. hely, idő:.....)
anyja neve:, TAJ:,
lakcím:

meghatalmazom

.....(meghatalmazott neve), (szül. hely, idő:
....., anyja neve:,
szem. ig. szám:,

lakcím:), hogy a
Tormay Károly Egészségügyi Központ(mikor, hol)
történt kezeléssel összefüggésben keletkezett **orvosi dokumentumokat / ambulánslapot,
laboratóriumi leletet vagy RTG-, UH felvételt, -leletet / helyettem és nevemben kikérje.*

** a megfelelő rész aláhúzendó*

Jelen meghatalmazás egyszeri alkalomra szól.

Gödöllő, 20.....

.....
Meghatalmazó

A meghatalmazást elfogadom :

.....
Meghatalmazott

Előttünk mint tanúk előtt:

Név: Név:

Cím: Cím:

Aláírás: Aláírás: