



ÁLLANDÓ MEGHATALMAZÁS (egészségügyi dokumentum - lelet – átvételéhez)

Alulírott: _____ **TAJ:** _____
Szül. hely : _____, _____ .év _____ hó _____ nap
Anyja neve: _____ Sz.ig.szám: _____
Lakcím : _____

meghatalmazom

(név) : _____ -t, (mint **meghatalmazott**)
Szül. hely : _____, _____ .év _____ hó _____ nap
Anyja neve: _____ Sz.ig.szám: _____
Lakcím : _____

hogy helyettem, egészségügyi dokumentumaimat, leleteimet átvegye.

_____ Kelt: (település, év. hó. nap). _____ aláírás (**meghatalmazó**)

Tanúk:

Név _____ Név: _____
Lakcím: _____ Lakcím: _____
Sz.ig.szám: _____ Sz.ig.szám: _____

_____ aláírás _____ aláírás

A dokumentumok átvételéhez a meghatalmazott személyi azonosságát igazoló okmány (személyi igazolvány, jogosítvány, útlevél) bemutatása szükséges!

(az intézmény tölti ki)

Alulírott (meghatalmazott) a _____
(dokumentum megnevezése, azonosítószáma)
_____ (db) példányszámban átvettem.

_____ (aláírás **meghatalmazott** – átvevő) _____ (aláírás – dokumentum **kiadó**)

Dátum: