MEGHATALMAZÁS

Alulírott: _____
születési név: _____
születési hely és idő: _____
anyja születési neve: _____
lakcím: _____
TAJ szám: _____

mint meghatalmazó (a továbbiakban: **Meghatalmazó**)

meghatalmazom

családi és utónév: _____
születési név: _____
születési hely és idő: _____
anyja születési neve: _____
lakcím: _____
személyi okmány típusa, száma[1]: _____

mint meghatalmazottat (a továbbiakban: **Meghatalmazott**),

hogy az **Ezüstfény Klinika Korlátolt Felelősségű Társaság** (székhely: 1106 Budapest, Rákosvölgyi utca 1., cégjegyzékszáma: 01-09-381983, adószáma: 23901737-1-42) egészségügyi szolgáltató
_____ megnevezésű szakrendelésén
_____ időpontban / időszakban készült
☐ teljes egészségügyi dokumentációm
☐ nem teljes egészségügyi dokumentációm, megnevezése: _____
irataiba betekintsen, másolatát átvegye.

A jelen meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Kelt: _____, _____ (év) _____ (hó) ___. (nap)

_____
Meghatalmazó

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1

Név: _____
Lakcím: _____
Aláírás: _____

Tanú 2

Név: _____
Lakcím: _____
Aláírás: _____

[1] Személyes ügyintézés esetén a dokumentumokba való betekintéshez, azok átvételéhez a meghatalmazott személyi azonosságát igazoló okmány (pl. személyazonosító igazolvány, jogosítvány, útlevél) bemutatása szükséges.