

MEGHATALMAZÁS
Egészségügyi dokumentum másolat kikérésének ügyében

Alulírott (meghatalmazó adatai)

Név (születés kori név is):

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím:

TAJ szám:

meghatalmazom (meghatalmazott adatai)

Név (születés kori név is):

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím:

azzal, hogy a Parádfürdői Állami Kórház (székhely: 3244 Parádfürdő, Kossuth Lajos utca 221.)

Osztály / szakrendelés:

Időszak / időpont:

napján történt ellátás során készült

..... (pl. zárójelentés, lelet stb.)
egészségügyi dokumentáció másolata kikérésének és megküldésének ügyében helyettem teljes jogkörrel eljárjon.

Debrecen, 20..... év hó nap

.....
Meghatalmazó aláírása

.....
Meghatalmazott aláírása

Tanú 1

Tanú 2

Név:

.....

Lakcím:

.....

.....

.....

Aláírás:

.....