**MEGHATALMAZÁS**

Alulírott, ………………………….
születési hely, idő:
anyja neve:
személyazonosító igazolvány:
lakcíme:
mint Meghatalmazó, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 24. § (7) és (8) bekezdései alapján

**meghatalmazom**

az alábbi természetes személyt (Meghatalmazott)

név:
születési hely, idő:
anyja neve:
személyazonosító igazolvány:
lakcíme:

hogy helyettem és nevemben **részt vegyen a következő szakrendelésen**, és **a kapcsolódó egészségügyi dokumentációt** átvegye:

**Szakrendelés típusa:**……………………………………………………………………………………………

**Szakrendelés időpontja**: ………………………………………………………………………………………

**Szakrendelést végző orvos neve**:………………………………………………………………………….

a Duna Medical Center Kft. (székhely: 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 5., cégjegyzékszám: Cg.01-09-191967, adószáma: 24963145-2-41, működési engedélyének száma: BP-06R/024/06215/2015) egészségügyi szolgáltatótól.

Jelen meghatalmazás a fenti feladat teljesítésére szól, és visszavonásig hatályos.

Budapest,………….…………………………………

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Meghatalmazó

Alulírott a fenti meghatalmazást elfogadom:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

 aláírás aláírás

 név név

 lakcím lakcím

 szig. szám szig. szám