

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

M e g h a t a l m a z o m

az alábbi természetes személyt

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

hogy helyettem és nevemben átvegye az egészségügyi dokumentációimat, illetve.....[*pontos meghatározás*] a Liv Duna Medical Center Kft. (székhely: 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 5., cégjegyzékszám: Cg.01-09-191967, adószáma: 24963145-2-41, működési engedélyének száma: 47166-6/2021/EÜIG) egészségügyi szolgáltatótól.

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

Budapest 2024 ,/.....

Ido :...../.....

.....
Meghatalmazó

Alulírott a fenti meghatalmazást elfogadom.

.....
Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

.....
aláírás	aláírás
.....
név	név
.....
lakcím	lakcím
.....
szig. szám	szig. szám