

MEGHATALMAZÁS

Egészségügyi dokumentáció átvételére

Alulírott (ellátásban részesült személy) (TAJ szám:)

meghatalmazom

..... (személyi igazolványszám:),
hogy nevemben és helyettem a Szent Margit Rendelőintézet Nonprofit Kft.
..... Szakrendelésén (Szakrendelés megnevezése)
..... (ellátás időpontjának/időszakának megjelölése) készült
..... (ambuláns lap, képalkotó diagnosztikai lelet vagy felétel megnevezése) egészségügyi dokumentációt átvegye.

A meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Dátum:, 20.....

.....
Meghatalmazó

A fenti meghatalmazást elfogadom:

Dátum:, 20.....

.....
Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. _____

2. _____

Név:
Lakcím:
Szem.ig.szám:

Név:
Lakcím:
Szem.ig.szám: