

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

név:

születési hely, idő:.....

anyja neve:.....

személyazonosító igazolvány:.....

lakcíme:.....

hogy helyettem és nevemben átvegye az **egészségügyi dokumentációimat, illetve**.....[*pontos meghatározás*] a Revital Medical Center Kft. (székhely: 2330, Dunaharaszti, Kossuth L. u. 91/a , cégjegyzékszám: Cg. 13-09-187507, adószáma: 25963650-2-13 működési engedélyének száma: PE-15/NEO/02374-9/2017) egészségügyi szolgáltatótól.

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

Budapest, 2020. _____

Meghatalmazó

Alulírott a fenti meghatalmazást elfogadom.

Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

aláírás

név

lakcím

szig. szám

aláírás

név

lakcím

szig. szám