



## Meghatalmazás lelet és gyógyszerjavaslat átvételére

### Meghatalmazó adatai:

Alulírott (név):.....

Születési helye, ideje:.....

Anyja neve:.....

TAJ száma:.....

Lakcíme:.....

**meghatalmazom**

### Meghatalmazott adatai:

Alulírott (név):.....

Születési helye, ideje:.....

Anyja neve:.....

Személyi igazolvány száma:.....

Lakcíme:.....

**hogy** ..... ( a kért dokumentáció megnevezése)

**a Siklói Kórház Nonprofit Kft.** ..... szakrendelésén, részlegén helyettem  
átvegye.

Dátum: .....

.....  
Meghatalmazó

.....  
Meghatalmazott

### Tanúk:

1.

Név.....

Lakcím: .....

Személyi igazolvány száma:.....

Aláírás:.....

2.

Név:.....

Lakcím:.....

Személyi igazolvány száma:.....

Aláírás:.....

---

### Intézmény tölti ki!

Kiadás dátuma:

Kiadó személy: