

# 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