Gaba Medical Center Magánorvosi Rendelő, 1158 Budapest, Apolló u. 61., tel: 06 1 416-0886

**Meghatalmazás**

Alulírott

Név:

Születési dátum:

Lakcím:

Anyja neve:

Személyi igazolvány száma:

az 1997. évi CLIV. törvény, 24. § 8. pontja alapján meghatalmazom

Meghatalmazott neve:

Születési dátum:

Lakcím:

Anyja neve:

Személyi igazolvány száma:

hogy nevemben és helyettem az Intézetben elkészült egészségügyi dokumentációt (lelet, szövettani eredmény, stb.) átvegye.

…………………………………………………… ……………………………………………………

Meghatalmazás kelte Meghatalmazó aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: Név:

…………………………………………………… ……………………………………………………

Lakcím: Lakcím:

…………………………………………………… ……………………………………………………

Személyi igazolvány szám: Személyi igazolvány szám:

…………………………………………………… ……………………………………………………

…………………………………………………… …………………………………………………… Tanú aláírása Tanú aláírása