

# MEGHATALMAZÁS

Alulírott \_\_\_\_\_ (meghatalmazó neve)

az együttesen jelen lévő tanúk előtt meghatalmazom

\_\_\_\_\_ (meghatalmazott neve)

hogy a Budapesti Péterfy Sándor utcai Kórház – Rendelőintézet orvosi dokumentációm kikérése ügyében nevemben és helyettem teljes jogkörben eljárjon.

Az egészségügyi dokumentáció kiadásának tekintetében a kezelőorvost és az Intézményt az orvosi titoktartás alól felmentem.

## Meghatalmazó adatai

Neve: \_\_\_\_\_

Születés helye, ideje: \_\_\_\_\_

Szem. ig. száma: \_\_\_\_\_

## Meghatalmazott adatai

Neve: \_\_\_\_\_

Születés helye, ideje: \_\_\_\_\_

Szem. ig. száma: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_ hely, \_\_\_\_\_ idő.

\_\_\_\_\_  
Meghatalmazó

\_\_\_\_\_  
Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

1.

2.

\_\_\_\_\_  
Név

\_\_\_\_\_  
Név

\_\_\_\_\_  
Lakcím

\_\_\_\_\_  
Lakcím

\_\_\_\_\_  
Személyi igazolvány szám

\_\_\_\_\_  
Személyi igazolvány szám

\_\_\_\_\_  
Aláírás

\_\_\_\_\_  
Aláírás