

MEGHATALMAZÁS
Egészségügyi dokumentummásolat kikérésének ügyében

Alulírott (meghatalmazó adatai)

Név (születéskori név is):
Születési hely és idő:
Anyja neve:
Lakcím:
TAJ szám:

meghatalmazom (meghatalmazott adatai)

Név (születéskori név is):
Születési hely és idő:
Anyja neve:
Lakcím:

hogy a Debreceni Egyetem Klinikai Központ (4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.)

Klinika / osztály / szakrendelés:
Időszak / időpont:

napján történt ellátás során keletkezett egészségügyi dokumentáció
másolata kikérésének, és zárt borítékban történő átvételének ügyében helyettem és nevemben teljes jogkörrel
eljárjon.

Debrecen, 20..... év hó nap

.....
Meghatalmazó aláírása

.....
Meghatalmazott aláírása

Tanú 1

Tanú 2

Név:
Lakcím:

Aláírás: