

MEGHATALMAZÁS
Egészségügyi dokumentáció/adat másolat kikérésének ügyében

Alulírott (meghatalmazó adatai)

Név (születéskori név is):

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím:

meghatalmazom (meghatalmazott adatai)

Név (születéskori név is):

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím:

azzal, hogy a Debreceni Egyetem Klinikai Központ

Campus / telephely:

Klinika / osztály / szakrendelés:

Időszak / időpont:

napján történt ellátás során keletkezett
egészségügyi dokumentáció/adat másolat kikérésének, és zárt borítékban/titkosított formában történő
átvételének/megküldésének ügyében helyettem teljes jogkörrel eljárjon.

Debrecen, 20..... év hó nap

.....
Meghatalmazó aláírása

.....
Meghatalmazott aláírása

Tanú 1

Tanú 2

Név:

.....

Lakcím:

.....

.....

.....

Aláírás:

.....