

MEGHATALMAZÁS
Egészségügyi dokumentum másolat 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:

azzal, hogy a Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház (4031 Debrecen, Bartók Béla út 2-26.)

Osztály / szakrendelés:

Időszak / időpont:

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

Debrecen, 20..... év hó nap

.....
Meghatalmazó aláírása

.....
Meghatalmazott aláírása

Tanú 1

Tanú 2

Név:

.....

Lakcím:

.....

Aláírás:

.....