

## MEGHATALMAZÁS

### Egészségügyi dokumentáció átvételére

Alulírott (ellátásban részesült személy) ..... (TAJ szám: .....)

#### **meghatalmazom**

..... (személyi igazolványszám: .....),  
hogy nevében és helyettem a Szent Margit Rendelőintézet Nonprofit Kft.  
..... Szakrendelésén (Szakrendelés megnevezése)  
..... (ellátás időpontjának/időszakának megjelölése) készült  
..... (ambuláns lap, képalkotó diagnosztikai  
lelet vagy felétel megnevezése) egészségügyi dokumentációt átvegye.

A meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Dátum: ....., 20.....

.....  
Meghatalmazó

A fenti meghatalmazást elfogadom:

Dátum: ....., 20.....

.....  
Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. \_\_\_\_\_

Név:  
Lakcím:  
Szem.ig.szám:

2. \_\_\_\_\_

Név:  
Lakcím:  
Szem.ig.szám: