

MEGHATALMAZÁS
Egészségügyi dokumentáció/adat másolat kikérésének/átvételének ügyében

Alulírott (meghatalmazó adatai)

Név (születés kori név is):
Születési hely és idő:
Anyja neve:
Személyazonosító igazolvány száma:
Lakcím:

meghatalmazom (meghatalmazott adatai)

Név (születés kori név is):
Születési hely és idő:
Anyja neve:
Személyazonosító igazolvány száma:
Lakcím:

azzal, hogy a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ

Szervezeti egység:
Klinika / osztály / szakrendelés:
Időszak / időpont:

napján történt ellátás során keletkezett egészségügyi dokumentáció/adat másolat kikérésének és átvételének ügyében helyettem és nevemben teljes jogkörrel eljárjon.

Szeged, 20..... év hó nap

.....
Meghatalmazó aláírása

.....
Meghatalmazott aláírása

Tanú 1

Tanú 2

Név:
Szem. ig.:
Lakcím:
Aláírás: