

**ESETI MEGHATALMAZÁS**  
(egészségügyi dokumentum - lelet – átvételéhez)

**Alulírott:** \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_  
Szül. hely : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
Anyja neve: \_\_\_\_\_ Sz.ig.szám: \_\_\_\_\_  
Lakcím : \_\_\_\_\_

**meghatalmazom**

**(név)** : \_\_\_\_\_ -t, (mint **meghatalmazott**)  
Szül. hely : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
Anyja neve: \_\_\_\_\_ Sz.ig.szám: \_\_\_\_\_  
Lakcím : \_\_\_\_\_

**hogy helyettem, egészségügyi dokumentumaimat, leleteimet átvegye.**

\_\_\_\_\_ Kelt: (település, év. hó. nap).

\_\_\_\_\_ aláírás (**meghatalmazó**)

**Tanúk:**

Név \_\_\_\_\_  
Lakcím: \_\_\_\_\_  
Sz.ig.szám: \_\_\_\_\_

Név: \_\_\_\_\_  
Lakcím: \_\_\_\_\_  
Sz.ig.szám: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*aláírás*

*aláírás*

**A dokumentumok átvételéhez a meghatalmazott személyi azonosságát igazoló okmány (személyi igazolvány, jogosítvány, útlevél) bemutatása szükséges!**

(az intézmény tölti ki)

**Alulírott** (meghatalmazott) a

- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (db) példányszámban átvettem.  
(dokumentum megnevezése, azonosítószáma)
- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (db) példányszámban átvettem.  
(dokumentum megnevezése, azonosítószáma)
- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (db) példányszámban átvettem.  
(dokumentum megnevezése, azonosítószáma)

\_\_\_\_\_ (aláírás **meghatalmazott** – átvevő)

\_\_\_\_\_ (aláírás – dokumentum **kiadó**)

Dátum: