

MEGHATALMAZÁS

Alulírott:

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____

Anyja neve: _____

Lakcím: _____

TAJ szám: _____

ezennel meghatalmazom:

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____

Anyja neve: _____

Személyi igazolvány száma: _____

hogy helyettem és nevemben a **Észak-budai Szent János Centrumkórház.** által készített
radiológiai felvételeket (CD-n) átvegye.

Kijelentem, hogy a meghatalmazásom önkéntes, teljes körű, és a felvételek átvételére
vonatkozik.

Kelt: Budapest, 2025 év _____ hó _____ nap

Meghatalmazó aláírása:

Meghatalmazott aláírása: