Hajdúböszörményi Járóbeteg Rendelőintézet
4220 Hajdúböszörmény, Kálvin tér 7-9.
Tel.: 52/560-130 Iroda: 52/560-060
E-mail: laboratorium@hboszormenyrendelo.hu **, Honlap: www.hboszormenyrendelo.hu**

M E G H A T A L M A Z Á S

Meghatalmazó neve:……TAJ Száma:……
Születési hely és idő: ...……
Anyja neve:……
Személyi igazolvány száma: ……
Lakcím: ……

Meghatalmazott neve:……
Születési hely és idő: ……
Anyja neve: ……
Személyi igazolvány száma: ……
Lakcím:……

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, 24. § 8. pontja alapján mint Meghatalmazó meghatalmazom Meghatalmazottat, hogy nevemben és helyettem, az engem érintett, nevemre szóló, a **Hajdúböszörményi Járóbeteg Rendelőintézet laboratórium szakrendelésen** elkészült egészségügyi dokumentáció(i)mat (lelet, szövettani eredmény, stb.) átvegye.
A meghatalmazás visszavonásig érvényes!
A meghatalmazás kelte: ……

……. ……
Meghatalmazó aláírása Meghatalmazott aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:
Név:……. Név:…….
Lakcím: …….. Lakcím: ……...
Szem. ig. szám:…...…… Szem. ig. szám: ……...
Tanú aláírása:……...Tanú aláírása:……...