

Meghatalmazás

Alulírott: _____ (meghatalmazó neve)

Szül.hely: _____, _____ .Év _____ hó _____ nap _____.

Anyja neve: _____, Sz.ig. szám: _____

Lakcím: _____ .TAJ: _____.

meghatalmazom

Név: _____ (meghatalmazott neve)-t

Szül.hely: _____, _____ .Év _____ hó _____ nap _____.

Anyja neve: _____, Sz.ig. szám: _____

Lakcím: _____,

hogy a röntgen leleteket átvegye

dátum

aláírás

Tanúk:

Név: _____

Lakcím: _____

Sz.ig.szám: _____

Név: _____

Lakcím: _____

Sz.ig. szám: _____