

BONYHÁDI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET
Térítésköteles ellátások szabályzata

MEGHATALMAZÁS

/teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalva/

Alulírott

Név:	
Anyja neve:	
Születési hely és idő:	
Lakcím:	
Személyazonosító igazolvány sorszáma	

mint meghatalmazó,
meghatalmazom

Név:	
Anyja neve:	
Születési hely és idő:	
Lakcím:	
Személyazonosító igazolvány sorszáma	

mint meghatalmazott személyt, hogy a Bonyhádi Kórház és Rendelőintézet (székhely: 7150 Bonyhád, Bajcsy-Zsilinszky utca 25., adószám: 115194-2-17) mint egészségügyi szolgáltató előtt

az **Ápolási Osztály / II. Ápolási osztályán történő betegfelvételhez kapcsolódó ügyintézés során helyettem és nevemben eljárjon, különösen az ápolási osztályra történő felvételhez kapcsolódó megállapodáshoz szükséges iratokat benyújtsa, a megállapodást aláírja.**

Meghatalmazó és meghatalmazott a meghatalmazást, mint akaratukkal mindenben megegyezőt, alulírt tanúk előtt helybenhagyólag aláírták.

Kelt:, 2023.

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú neve:

Tanú címe:

Tanú aláírása:

.....

meghatalmazó

Tanú neve:

Tanú címe:

Tanú aláírása:

.....

meghatalmazott