
Sarkadi Kistérségi Egészségügyi Fejlesztő Nonprofit Kft.
MEGHATALMAZÁS VIZSGÁLATI EREDMÉNY ÁTVÉTELÉRE

Alulírott meghatalmazó (beteg):

Név:..... Születési idő:.....
Lakhely:....., utca....., hászám alatti
lakos ezennel

Meghatalmazom:

Név:..... Születési idő:.....
Lakhely:....., utca....., hászám alatti
lakost,

hogy a Sarkadi Kistérségi Egészségügyi Fejlesztő Nonprofit Kft. Szakrendelőjéből a 20..... évhó
..... napján készült vizsgálati eredményemet helyettem és nevemben átvegye.

Beküldő orvos:.....

Dátum:, 20..... év hónap

.....
a beteg aláírása

Előttük, mint tanuk előtt:

Név:

Lakcím:

Szem ig. szám:

Név:

Lakcím:

Szem ig. szám:

Sarkadi Kistérségi Egészségügyi Fejlesztő Nonprofit Kft.
MEGHATALMAZÁS VIZSGÁLATI EREDMÉNY ÁTVÉTELÉRE

Alulírott meghatalmazó (beteg):

Név:..... Születési idő:.....
Lakhely:....., utca....., hászám alatti
lakos ezennel

Meghatalmazom:

Név:..... Születési idő:.....
Lakhely:....., utca....., hászám alatti
lakost,

hogy a Sarkadi Kistérségi Egészségügyi Fejlesztő Nonprofit Kft. Szakrendelőjéből a 20..... évhó
..... napján készült vizsgálati eredményemet helyettem és nevemben átvegye.

Beküldő orvos:.....

Dátum:, 20..... év hónap

.....
a beteg aláírása

Előttük, mint tanuk előtt:

Név:

Lakcím:

Szem ig. szám:

Név:

Lakcím:

Szem ig. szám: