

FERENCVÁROSI EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ KÖZHASZNÚ NONPROFIT KFT. 1095 Budapest, Mester utca 45., telefon: 455-4500, fax: 455-4504	CT-01
---	-------

MEGHATALMAZÁS

CT lelet átvételéhez

Alulírott,

Beteg neve: TAJ száma:

Születési ideje: Telefonszáma:

Lakcíme:

Meghatalmazom,

Meghatalmazott neve:

Személyi ig. száma/jogosítvány/útlevél száma:,

hogy részemre/helyettem vizsgálati eredményeimet átvegye (lelet, CD előzmények).

Kelt: 20.....

meghatalmazó aláírása

meghatalmazott aláírása