



endocare
ENDOKRINOLÓGIAI KÖZPONT

MEGHATALMAZÁS

Alulírott (születési hely, idő:
....., anyja neve:
személyazonosító igazolványának száma:, lakcím:
.....)

meghatalmazom

.....-t (születési hely, idő:
....., anyja neve:
személyazonosító igazolványának száma:, lakcím:
.....), hogy az EndoCare Intézettől a részemre elkészített
okiratot átvegye.

Jelen meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Kelt:, év hónap nap

.....

meghatalmazó

.....

meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1.:

Név:
Aláírás:
Lakcím:
Szem. ig. szám.:

Tanú 2.:

Név:
Aláírás:
Lakcím:
Szem. ig. szám.: