**MEGHATALMAZÁS**NAGYKORÚ SZEMÉLY RÉSZÉRE

Alulírott …………………………………. meghatalmazom ...................................................................... -t, hogy Budapest Főváros Kormányhivatala Egészségbiztosítási Főosztályánál ……………………………………………………….. ügyemben helyettem eljárjon.

……….. év …………... hó …….. nap

|  |  |
| --- | --- |
| **meghatalmazó adatai:** | **meghatalmazott adatai:** |
| név: |  | név: |  |
| születési hely:  |  | születési hely: |  |
| születési idő:  |  év hó nap | születési idő: |  év hó nap |
| anyja neve: |  | anyja neve: |  |
| lakcím:  |  irsz | lakcím:  |  irsz |
|  helység |  helység |
|  utca |  hsz |  utca |  hsz |
| személyi ig. szám:  |  | személyi ig. szám: |  |
| lakcímkártya szám:  |  |  |
| TAJ:  |  |  |

 aláírás aláírás

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **tanú:**
 | 1. **tanú:**
 |
| név: |  | név: |  |
| lakcím: |  irsz | lakcím: |  irsz |
|  helység |  helység |
|  út |  hsz |  utca |  hsz |
| személyi ig. szám:  | személyi ig. szám:  |

 aláírás aláírás