**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