**MEGHATALMAZÁS**KISKORÚ SZEMÉLY RÉSZÉRE

Alulírott …………………………………. meghatalmazom ......................................................................... -t,
hogy kiskorú gyermekem .................................................................. ügyében Budapest Főváros Kormányhivatala Egészségbiztosítási Főosztályánál 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:  |  |  |

|  |
| --- |
| **Tanú 1.: ………………………………………............****…………………………………………………………****…………………………………………………………****Tanú 2.: ……………………………………………….****…………………………………………………………****…………………………………………………………** |

|  |
| --- |
| **kiskorú gyermek adatai:** |
| név: |  |
| születési idő:  |  év hó nap |
| anyja neve: |  |
| lakcím: |  Irsz |
|  helység |
|  út |  hsz |
| személyi ig. szám:  |  |
| lakcímkártya szám: |  |
| TAJ: |  |

 aláírás aláírás