**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