

MEGHATALMAZÁS

Alulírott (törvényes képviselő/gyám/gondnok
születési helye, ideje:, anyja neve:
....., személyazonosító igazolványának száma:
....., lakcíme:)

meghatalmazom

a-t (cég
székhelye....., cégjegyzékszám:
....., képviselője.....),
hogy a Nemzeti Egészségbiztosító Alapkezelő előtt a gyógyászati segédeszközök
méltányossági támogatásának megállapítására irányuló eljárásban (biztosított neve)
..... (biztosított születési helye, ideje:
....., anyja neve:,
személyazonosító igazolványának száma:, lakcíme:
.....) helyett és nevében teljes jogkörben
eljárjon.

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.: