**MEGHATALMAZÁS**

Alulírott ……………………………..….................... (születési hely, idő: …………………………………………………………………, anyja neve: …………………………………………, személyazonosító igazolványának száma: ……………………………………………..., lakcíme: …………………………………………………………………….)

**meghatalmazom**

 a …………………………………………………………………………………………………....................-t (cég székhelye……………………………………………………………………………………..., cégjegyzékszáma: ………………………………………………, képviseletében eljár: ……………………………………………….), hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő előtt a gyógyászati segédeszközök méltányossági támogatásának megállapítására irányuló eljárásban helyettem és nevemben 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.: ………………………………..