

# MEGHATALMAZÁS

Alulírott ..... (születési név:  
.....; születési hely, idő:  
.....; személyi igazolvány száma:  
.....; lakcím: .....)

## *meghatalmazom*

.....-t (születési név:  
.....; születési hely, idő:  
.....; személyi igazolvány száma:  
.....; lakcím: .....)

hogy a **Budapest Pszichológia Pszichológiai és Pszichoterápiás Központban** (a továbbiakban: **Központ**) egészségügyi dokumentációm kikérése ügyében **nevemben és helyettem teljes jogkörben eljárjon**. Az egészségügyi dokumentáció kiadásának tekintetében a kezelőorvost és a Központot az orvosititoktartás alól felmentem.

A meghatalmazás visszavonásig érvényes.

**Kelt: ....., 20..... hónap ..... nap**

.....  
**Meghatalmazó**

A meghatalmazást elfogadom.

**Kelt: ....., 20..... hónap ..... nap**

.....  
**Meghatalmazott**

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....