



MEGHATALMAZÁS

Alulírott

(meghatalmazó adatai)

Név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím:

meghatalmazom

(meghatalmazott adatai)

Név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím:

**hogy a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Fogászati és Szájsebészeti Klinika által
.....napján/időszakban (több ülésben végzendő kezelésnél) nyújtott
fogászati ellátás során gyermekem**

Név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

TAJ szám:

**kísérőjeként – a szükséges vizsgálatokba és beavatkozásokba (beleértve a szükséges
röntgen/CT felvételek elkészítését) történő beleegyezés tekintetében – helyettem és
nevemben teljes jogkörrel eljárjon.**

Kelt.:, 20..... év hó nap

.....

Meghatalmazó aláírása

Tanú 1

Tanú 2

Név:

.....

Lakcím:

.....

Aláírás:

.....