



## 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: .....