

MEGHATALMAZÁS

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

meghatalmazom

a-t (cég
székhelye....., cégjegyzékszám:
....., képviselőjében 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.: