**MEGHATALMAZÁS**

Alulírott­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( születési neve \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

születési hely és idő: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

anyja születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Lakcíme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) ezúton

**meghatalmazom**

a **RADIO DENTAL EXTRA Korlátolt Felelősségű Társaságot** (székhelye: 1164 Budapest, Tátraszirt sor 1. B. ép. 1 em. 3., cégjegyzékszáma: 01-09-182921 , képviseli: Izsó Istvánné ügyvezető ) hogy az általa, a rólam elkészített röntgen és/vagy CT felvétel(eke)t, illetve azok másolatait Dr. ………………………….. részére elektronikus úton rendelkezésére bocsássa.

Budapest, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 meghatalmazó

Előttünk mint tanúk előtt:

Név: Név:

Lakcím: Lakcím:

Aláírás: Aláírás: