



# MEGHATALMAZÁS

Alulírott .....

(születési név: .....

születési hely és idő: .....

anyja születési neve: ....., lakcíme: .....

.....) ezúton

## meghatalmazom

.....  
(születési név: .....

születési hely és idő: .....

anyja születési neve: .....

.....szám alatti lakost, hogy

a **RADIO DENTAL EXTRA Korlátolt Felelősségű Társaság** (székhelye: 1164 Budapest, Cinkotakert u. 5/2., cégjegyzékszám: 01-09-182921, képviseli: Izsó Istvánné ügyvezető ) által, a részemre elkészített röntgen és/ vagy CT felvétel(ek)e)t, illetve azok másolatait átvegye.

Budapest, .....

Meghatalmazó

Előttük mint tanúk előtt:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....



Radio Dental Extra Kft.