

MEGHATALMAZÁS

Alulírott _____ (születési neve: _____,
születési hely és idő: _____, anyja születési
neve: _____,
lakcíme: _____) ezúton

m e g h a t a l m a z o m

_____ (születési neve: _____,
születési hely és idő: _____, anyja születési
neve: _____)
szám alatti lakost, hogy

a **RADIO DENTAL EXTRA Korlátolt Felelősségű Társaság** (székhelye: 1164 Budapest,
Tátraszirt sor 1. B. ép. 1. em. 3., 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

Előttünk mint tanúk előtt:

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Név:

Lakcím:

Aláírás: