

Alulírott

NÉV:	
SZÜLETÉSI NÉV:	
ANYJA NEVE:	
LAKCÍM:	
SZÜLETÉSI HELY ÉS IDŐ:	
TAJ SZÁM:	
EMAIL (OPCIONÁLIS):	

a jelen okirat aláírásával meghatalmazom

NÉV:	
SZÜLETÉSI NÉV:	
ANYJA NEVE:	
LAKCÍM:	
SZÜLETÉSI HELY ÉS IDŐ:	

mint meghatalmazottat, hogy önállóan és teljes jogkörben képviseljen, szóban és írásban egyaránt az általam a **SYNLAB Hungary Kft.-nél** (székhely: 1211 Budapest, Weiss Manfréd út 5-7., cégjegyzékszám: 01-09-923956; továbbiakban „SYNLAB”), mint egészségügyi szolgáltatónál kezdeményezett egészségügyi szolgáltatás nyújtása érdekében, az általam adott, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges minta leadásában, illetve a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges nyilatkozatok aláírásában.

A meghatalmazottnak bármely, a jelen meghatalmazás alapján tett cselekménye általam jóváhagyottnak tekintendő. A jelen meghatalmazás (a) visszavonásig / VAGY (b) _____ napjáig érvényes¹. A jelen meghatalmazásra a magyar jog irányadó.

Kelt: _____ (helység) _____ (év, hónap, nap)

Aláírás:	
----------	--

Név (olvasható):	
------------------	--

Előttünk, mint tanúk előtt Kelt: _____ (helység) _____ (év, hónap, nap):

Aláírás:		Aláírás:	
Név (olvasható):		Név (olvasható):	
Lakcím:		Lakcím:	

¹ A megfelelő aláhúzendő. A (b) opció választása esetén a dátum kitöltendő (év/hónap/nap).