MEGHATALMAZÁS

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁS SZEMÉLY ÁLTALI ÁTVÉTELÉRŐL

Alulírott (név:) …… (anyja neve:……. ……,

születési hely és idő:……., lakcíme:……..)

a Silveris Kft. (1221 Budapest, Korompai út 11., Cg: 01-09-450918) által nyújtott magánegészségügyi járóbeteg ellátás alatt kezelésben részesülök. Kijelentem, hogy cselekvőképességem birtokában állok, és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban „Eütv.") 16. § (1) bekezdésének

a) pontja szerint jelen nyilatkozatommal meghatalmazom (név:) …… cselekvőképes személyt (születési helye és idő: ……..; anyja neve:

……, lakcíme: ……..)

mint olyan személyt, akit a részemre a Silveris Kft. által nyújtott kezelés vonatkozásában ettől eltérő nyilatkozatom benyújtásáig az Eütv. 13. §-a szerinti tájékoztatásban kell részesíteni, és ennek körében részére a kezelésemmel összefüggő egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentumokat ki kell adni.

A Silveris Kft tájékoztatott adatkezeléseinek szabályairól, mely tájékoztató a honlapján (www.silveris.hu), illetve a szolgáltatásnyújtás helyszínén is elérhető.

Dátum: _____ Aláírás (Meghatalmazó): _____

A meghatalmazást elfogadom:

Dátum: _____ Aláírás (Meghatalmazott): _____

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1	Tanú 2
Név:	Név:
Lakcím:	Lakcím:
Aláírás:	Aláírás: