



**CT DÉL – PEST**  
Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet  
1204. Budapest, Köves út 1.  
Tel.: 289-62-79

### Meghatalmazás

Alulírott ..... (beteg neve), (születési helye és ideje: ..... , anyja születési neve: ..... TAJ: ..... )

#### meghatalmazom

.....-t (születési helye és ideje: ..... , anyja születési neve: ..... , lakóhelye: ..... ), hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet területén üzemeltett CT diagnosztikai központban ..... (dátum) napján készült papír alapú leletemet és az elkészült képanyagot (adathordozón) helyettem és nevemben átvegye.

Kelt: ..... (város) ..... (hónap) .....(nap)

.....  
Meghatalmazó

.....  
Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1

Tanú 2

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás: .

Aláírás:

A meghatalmazó és meghatalmazott személyes adatai kezeléséről szóló adatkezelési tájékoztató elérhető a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézetben (1204. Budapest, Köves út 1.) működő CT diagnosztikai központ recepcióján, illetve a Mediworld Plus Kft. weboldalán a következő linkre kattintva ([https://mediworldplus.hu/wp-content/uploads/2021/03/Adatkezelesi-tajekoztato-betegek-es-kepviseloik-reszere\\_MEDIWORLD-PLUS-Kft..pdf](https://mediworldplus.hu/wp-content/uploads/2021/03/Adatkezelesi-tajekoztato-betegek-es-kepviseloik-reszere_MEDIWORLD-PLUS-Kft..pdf)).