



SZOLNOKI DIAGNOSZTIKAI KÖZPONT

5004 Szolnok, Tószegi út 21.

Tel./fax: (56) 424-966

Meghatalmazás

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

meghatalmazom

.....-t (születési helye és ideje: , anyja születési neve: , lakóhelye:), hogy a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház- Rendelőintézet területén üzemeltett CT/MR diagnosztikai központban (dátum) napján készült CT/MR (megfelelő aláhúzendó) vizsgálatom papír alapú leletét 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 Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház- Rendelőintézetben (5004 Szolnok, Tószegi utca 21.) működő CT/MR 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-kepviseleik-reszere_MEDIWORLD-PLUS-Kft..pdf) .