**Meghatalmazás**

Alulírott

Név:

Születési hely:

Születési idő:

Alapnyilvántartási szám:

Lakcím:

(Képviselet esetén) Képviselt szervezet:

**meghatalmazom**

Név/Cégnév:

Székhely/lakcím:

Cégjegyzékszám/

Egyéni vállalkozói nyilvántartási szám/egyéb egyedi azonosító:

Képviseli:

informatikai szolgáltatót, hogy az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térhez történő csatlakozásom érdekében azintézményi EESZT jogosultság adminisztrátor feladatait ellássa, EESZT felhasználók és jogosultságaik beállítása és az ehhez szükséges műszaki feladatok elvégzése érdekében a nevemben és helyettem eljárjon.

Kelt, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_.\_\_.\_\_,.

|  |  |
| --- | --- |
| Meghatalmazó aláírása | Meghatalmazott aláírása |