Iktatószám:

# Kérelem EESZT-ben rögzítettmeghatalmazás visszavonására

Elektronikus recept kiváltására vonatkozó meghatalmazás visszavonása

**Kérelmező adatai:**

Családi és utónév: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TAJ-szám: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ha a kérelmező nem személyesen jár el: meghatalmazottként vagy más képviselőként eljáró személy adatai:**

Családi és utónév: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési családi és utónév: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, születési idő: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja születési családi és utóneve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mellékletek**

* Nyilatkozat meghatalmazás visszavonásáról (Elektronikus recept kiváltására vonatkozó meghatalmazás visszavonása)
* Ha a kérelmező jelen ügyben nem személyesen jár el: meghatalmazás\* vagy a képviseletet megalapozó egyéb okirat
* Egyéb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ év \_\_\_ hó \_\_\_ nap

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Kérelmező aláírása

# Elektronikus recept kiváltására vonatkozó meghatalmazás visszavonása

**Alulírott Meghatalmazó:**

Családi és utónév:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TAJ-szám: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**az alábbi Meghatalmazottnak**:

Családi és utónév: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési családi és utónév: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, születési idő: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja születési családi és utóneve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ napján adott meghatalmazásomat jelen nyilatkozattal

* az alulírott napon visszavonom.
* \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ napjától visszavonom.

Tudomásul veszem, hogy a meghatalmazás visszavonásával a visszavonás EESZT-ben történő rögzítésének napjától a Meghatalmazott elveszíti jogosultságát arra, hogy helyettem és nevemben a részemre az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér útján kiállított elektronikus recepteket kiváltsa.

Aláírásommal felelősséget vállalok azért, hogy a fent megadott adatok valósak és helyesek.

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ év \_\_\_ hó \_\_\_ nap

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Meghatalmazó aláírása

Előttünk mint tanúk előtt:

|  |  |
| --- | --- |
| Tanú 1.:Családi és utónév:Lakcím:Aláírás: | Tanú 2.:Családi és utónév:Lakcím:Aláírás: |