

## Kérelem EESZT-ben rögzített meghatalmazás visszavonására

### Elektronikus recept kiváltására vonatkozó meghatalmazás visszavonása

#### Kérelmező adatai:

Név: \_\_\_\_\_

TAJ-szám: \_\_\_\_\_

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

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

#### Melléletek

- 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

\_\_\_\_\_  
Kérelmet benyújtó személy aláírása

## Elektronikus recept kiváltására vonatkozó meghatalmazás visszavonása

### Alulírott Meghatalmazó:

Név: \_\_\_\_\_

TAJ-szám: \_\_\_\_\_

### az alábbi Meghatalmazottnak:

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ napján adott **elektronikus recept kiváltására vonatkozó** meghatalmazásomat jelen nyilatkozattal az alulírott napon 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.

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

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

\_\_\_\_\_  
Meghatalmazó aláírása

### Előttünk mint tanúk előtt:

Tanú 1.:

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Tanú 2.:

Név:

Lakcím:

Aláírás: