

**LELET ÁTVÉTELI MEGHATALMAZÁS**

Alulírott  
(Név).....

(születési hely, dátum) .....

(Anyja neve) .....

(TAJ száma).....

(bejelentett lakcíme).....

**meghatalmazom**

(Név).....

(születési hely, dátum) .....

(Anyja neve) .....

(Szem. ig. száma) .....

(bejelentett lakcíme),.....

hogy a .....**leletemet**

**BUDAPEST FŐVÁROS II. KERÜLETI ÖNKORMÁNYZAT EGÉSZSÉGÜGYI  
SZOLGÁLATA**

.....

részlegén **átvegye.**

Budapest, .....

.....  
meghatalmazó

.....  
tanú I.(név, szem.ig.sz.)

.....  
meghatalmazott

.....  
tanú II. (név, szem.ig.szám)

Kiadás dátuma:  
Kiadó személy:  
Részleg pecsétje: