

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: