



MEGHATALMAZÁS

a Társadalombiztosítási Azonosító Jelet igazoló Hatósági Igazolvány kiadásához kapcsolatos ügyintézéshez

Alulírott	Your full name
meghatalmazom	

az illetékes fővárosi, megyei kormányhivatal egészségügyi pénztári feladatkörében eljáró főosztályánál a Társadalombiztosítási Azonosító Jelet igazoló Hatósági Igazolvány igénylésére, átvételére, az átvétellel egyidejű nyilatkozattételre az átvétel elismerésére, valamint a jogosulatlan felhasználás következményeinek tudomásulvételére. Jelen meghatalmazás alapján megbízottam az ügyfélszolgálatnál nevemben személyesen jár el.

Kelt, ..... CITY YEAR/MONTH/DAY  
év hó nap

meghatalmazó adatai:		meghatalmazott adatai:	
név:	YOUR FULL NAME	név:	
születési hely:	YOUR BIRTHPLACE	születési hely:	
születési idő:	YYYYévMMhó DD nap	születési idő:	év hó nap
anyja neve:	YOUR MOTHER'S FULL NAME	anyja neve:	
lakcím: HUNGARIAN ADDRESS:	irsz. POSTAL CODE	lakcím:	irsz.
CITY	helység	CITY	helység
STREET	utca NUMBERhsz	STREET	utca hsz
személyi ig. szám:	RESIDENCE PERMIT NUMBER	személyi ig. szám:	

YOUR SIGNATURE

aláírás

aláírás

WITNESS 1: 1. tanú:		WITNESS 2: 2. tanú:	
név:	FULL NAME	név:	FULL NAME
ADDRESS lakcím:	irsz. POSTAL CODE	ADDRESS lakcím:	irsz. POSTAL CODE
CITY	helység	CITY	helység
STREET	utca NUMBERhsz	STREET	utca NUMBERhsz

SIGNATURE

aláírás

SIGNATURE

aláírás