

# MEGHATALMAZÁS

Alulírott

meghatalmazom

-t

a Regionális Egészségbiztosítási Pénztárnál Európai Egészségbiztosítási Kártya igénylésére, átvételére, az átvétellel egyidejű nyilatkozattételre az átvétel elismeréséről, valamint a jogosulatlan felhasználás következményeinek tudomásulvételéről. Jelen meghatalmazás alapján megbízottam az ügyfélszolgálatnál nevemben személyesen jár el.

év hó nap

meghatalmazó adatai:				meghatalmazott adatai:			
név:				név:			
születési hely:				születési hely:			
születési idő:	év	hó	nap	születési idő:	év	hó	nap
anyja neve:				anyja neve:			
lakcím:	irsz.			lakcím:	irsz.		
helység				helység			
utca				utca			
hsz				hsz			
személyi ig. szám:				személyi ig. szám:			

aláírás

aláírás

1. tanú:				2. tanú:			
név:				név:			
lakcím:	irsz.			lakcím:	irsz.		
helység				helység			
utca				utca			
hsz				hsz			
személyi ig. szám:				személyi ig. szám:			

aláírás

aláírás

**Meghatalmazó tölti ki!**

## NYILATKOZAT

Kötelezettséget vállalok arra, hogy a jelen igénylés alapján részemre kiállított, adataimat tartalmazó Európai Egészségbiztosítási Kártya érvényességi ideje alatt az egészségbiztosítási jogosultságomban bekövetkezett minden változást, továbbá a Kártya megrongálódását, elvesztését vagy eltulajdonítását haladéktalanul bejelentem, egyidejűleg a birtokomban maradt Kártyát haladéktalanul visszajuttatom az azt kiállító egészségbiztosítási szervnek.

Tudomásul veszem, hogy a Kártya felhasználásával jogalap nélkül igénybe vett egészségügyi ellátásért, valamint a bejelentésre és visszajuttatásra vállalt kötelezettségem megszegéséért felelősséggel tartozom.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a Kártya nem használható fel a fenti érvényességi időt megelőzően igénybe vett ellátások esetén.

év hó nap

EU kártyára jogosult (meghatalmazó)