

MEGHATALMAZÁS

Alulírott(név)(születési név)
.....(TAJ szám).....(lakcím)
meghatalmazom háziorvosomat, hogy
a MPE Szeretotthona, 7530 Kadarkút, Vóta-kastély, adószáma: 19193171-1-14, szolgáltató
MPE Szeretotthona Kaposvár, 7400 Kaposvár, Tallián Gy. u. 5/A általam kérelmezett **házi**
segítségnyújtás szociális alapszolgáltatás igénybevételéhez szükséges - 9/1999. (XI.24.)
SzCsM rendelet 1.sz mellékletét - egészségi állapotra vonatkozó igazolást, az - 36/2007.
(XII. 22.) SZMM rendelet 3. számú mellékletét -, értékelő adatlapot kitöltse, valamint
egészségi állapotomról a gondozónak, szolgáltatónak információt nyújtson.

Kelt:.....

.....
Az ellátást kérelmező aláírása