

## MEGHATALMAZÁS

Alulírott \_\_\_\_\_ (Meghatalmazó neve)

Lakcím: \_\_\_\_\_

Születési hely és idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

meghatalmazom \_\_\_\_\_ (Meghatalmazott neve)

Lakcím: \_\_\_\_\_

Születési hely és idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

hogy nevemben és helyettem az Allianz Hungária Egészség- és önszegélyező Pénztár előtt az alábbi ügyben\* eljárjon:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jelen meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Meghatalmazó

\_\_\_\_\_  
Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: \_\_\_\_\_ Név: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_ Lakcím: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_ Aláírás: \_\_\_\_\_

*\*Kérjük a meghatalmazás körét pontosan megjelölni. Amennyiben ismeri, úgy kérjük, adja meg a tagi azonosítóját.*