

# MEGHATALMAZÁS VÉNYKIVÁLTÁSHOZ EQUIL INZULINPUMPÁHOZ ÉS SZERELÉKHEZ



Alulírott

Neve: .....

Anyja neve: .....

Lakcíme: .....

TAJ száma: .....

Meghatalmazó ezennel meghatalmazom a ReplantMed Kft. (székhely: 1116 Budapest, Nándorfejérvári út 35.; cégjegyzékszám: 01-09-176034; adószám: 24662064-2-4) képviselőjében eljáró Kelemen Katalin vevőszolgálati koordinátort, hogy részemre az inzulinpumpa és ahhoz tartozó infúziós szerelések, mint gyógyászati segédeszközök orvosi vény ellenében történő kiváltása ügyében engem teljes jogkörrel képviseljen, nevemben és helyettem jognyilatkozatot tegyen.

Meghatalmazó tudomásul veszi, hogy a ReplantMed Kft., mint meghatalmazott részéről az általa kijelölt munkavállalói – jelen esetben Kelemen Katalin - jogosultak eljárni a meghatalmazás teljesítése során.

Jelen meghatalmazás teljes körű, amely kiterjed az ügy szabályszerű ellátásához szükséges valamennyi nyilatkozat – így különösen kiadási igazolás – megtételére és aláírására, dokumentumok, így különösen orvosi vény átadására. A jelen meghatalmazás visszavonásig érvényes és hatályos.

Jelen meghatalmazás aláírásával Meghatalmazó és Meghatalmazott is hozzájárul ahhoz, hogy a ReplantMed Kft. a jelen meghatalmazásban foglalt személyes adataikat a törvényben meghatározott ideig kezelje. Meghatalmazó és Meghatalmazott tudomásul veszik, hogy a ReplantMed Kft. adatvédelmi tájékoztatója a [www.replantmed.hu](http://www.replantmed.hu) honlapon elérhető.

Kelt: ....., 20. ....

.....

Meghatalmazó

A meghatalmazást elfogadom.

Kelt: ....., 20. ....

.....

Meghatalmazott

Tanú 1

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Tanú 2

Név:

Lakcím:

Aláírás: