

CHIRURGIE DENTAIRE - IMPLANTOLOGIE - SOINS DENTAIRES
RADIOLOGIE - SCANNER

Móricz Dental Zrt.
Moricz Zsigmond körtér 3/A -1114 Budapest - Hongrie

MEGHATALMAZÁS / PROCURATION

Alulírott / *Soussigné (Nom, prénom)* : _____

Szül. hely / *Lieu de naissance* : _____

Szül. év / *Année de naissance* : ____ Hó / *Mois de naissance* : __ Nap / *Jour* : __

Anyja neve / *Nom et prénom de jeune fille de la mère* : _____

Sz.ig.szám / *Numéro de carte d'identité*: _____

Lakcím / *Adresse principale* : _____

Meghatalmazom Móricz Dental Zrt Klinika, képviseli Dr. GYURICZA Péter, hogy helyettem a méltányossági kérelemmel (Magyarországra történő beutazáshoz) kapcsolatos ügyekben eljárjon.

Je soussigné(e) _____ donne par la présente procuration à la clinique Móricz Dental Zrt. représentée par Péter GYURICZA, afin de me représenter auprès des autorités hongroises compétentes pour effectuer une demande de dérogation d'entrée sur le territoire hongrois, dans le but d'y réaliser un traitement dentaire.

Kelt / *Fait à* _____ *le* _____

Meghatalmazó / *Signature*