

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η υπογεγραμμένος/η
του (όνομα πατέρα)
κάτοχος του υπ' αριθ. Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας
Νοσηλευόμενος/η στο
του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ, με την παρούσα

εξουσιοδοτώ

Τον/την
.....
.....
.....
.....
.....

ΚΗΦΙΣΙΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο/Η ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(υπογραφή-ονοματεπώνυμο)

Βεβαιώνεται το γνήσιο της υπογραφής

Του/της νοσηλευόμενου/ης

κου/κας

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Συμπληρώστε το Ονοματεπώνυμο με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ενανάγνωστα γράμματα