

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η
του και της, γεννηθείς στις
στ , κάτοικος , οδός
αριθμ. , με ΑΦΜ και Α.Δ.Τ
ημερομηνία εκδόσεως και αρχή έκδοσης

Ε ξ ο υ σ ι ο δ ο τ ώ

τον **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟ ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ** του **ΓΕΩΡΓΙΟΥ**, **ΑΦΜ:** , **Α.Δ.Τ.:**

την **ΑΡΤΕΜΗΣΙΑ ΧΑΒΑΛΕ** του **ΓΕΩΡΓΙΟΥ**, **ΑΦΜ:** , **Α.Δ.Τ.:**

όπως προβεί αντί εμού σε οποιαδήποτε νόμιμη ενέργεια για την **διαγραφή μου από τον κλάδο ασθενείας του**, καθώς και να υπογράψει οποιαδήποτε αίτηση, υπεύθυνη δήλωση, ή οποιοδήποτε άλλο έγγραφο απαιτηθεί για την ολοκλήρωση της ως άνω διεκπεραίωσης.

Ημερομηνία

.....
Ο/Η Εξουσιοδοτών