M E G H A T A L M A Z Á S – A U T H O R I Z A T I O N

Alulírott: anyja neve:

*I, the undersigned Mother’s maiden name*

szül. hely: szül. dátum:

*Place of birth Date of birth*

Személyi azonosító okmány száma.: okmány típusa:

*Number of identification document Type of identification document*

lakcím:

*Home address*

***(meghatalmazó – as Principal)***

**m e g h a t a l m a z o m – a u t h o r i z e**

Név: anyja neve:

*Name Mother’s maiden name*

szül. hely: szül. dátum:

*Place of birth Date of birth*

szem.azon.okm.sz.: okmány típusa:

*Number of identification document Type of identification document*

lakcím:

*Home address*

***(meghatalmazottat – as Agent),***

hogy a Károli Gáspár Református Egyetemen az alábbi céllal helyettem és nevemben eljárjon.

*to act on my behalf and in my representation at Károli Gáspár University of the Reformed Church in Hungaryfor the following purposes.*

**Meghatalmazás célja:**

*Purpose of the authorization*

Kifejezett hozzájárulásomat adom, hogy Meghatalmazott a fenti céllal elengedhetetlenül és indokolható mértékben összefüggő személyes adataimat megismerje.

*I give my explicit consent for the Agent to learn my personal data to the extent that is necessary and justifiable for the above purpose.*

 **Kelt:** ………………………, 20…... ………..………… hó ……….. nap

*Date year month day*

 **…………………………………….…… Meghatalmazó – Principal**

**Tanúk – Witnesses:**

Név: Név:

*Name Name*

Lakcím: Lakcím:

*Home address Home address*

Tanú aláírása: Tanú aláírása:

*Signature of witness Signature of witness*