|  |  |
| --- | --- |
| Please note that only original authorizations are accepted (no scan, no photocopy)! To be presented with this form: * Valid ID/passport of authorized person
* Copy of valid ID/passport of authorizer

The form must be filled with a blue pen (in case of manual filling). | Kizárólag eredeti meghatalmazást tudunk elfogadni! Bemutatandó: * A meghatalmazott érvényes SZIG-je / útlevele
* A meghatalmazó érvényes SZIG / útlevélmásolata

Az űrlapot kék tollal szíveskedjen kitölteni (kézi kitöltés esetén). |

**AUTHORISATION / MEGHATALMAZÁS**

|  |  |
| --- | --- |
| **EN** I, as the the authorizer, hereby authorize the person detailed below - the authorized – to collect my documents – and if relevant, those of my minor child(ren) – on my behalf from the Representative Office of Hungary in Ramallah. | **HU**Én, mint meghatalmazó, ezennel meghatalmazom az alábbi személyt – mint meghatalmazottat – hogy saját, illetve amennyiben releváns, kiskorú gyermeke(i)m iratait Magyarország Képviseletei Irodájában, Ramallah átvegye. |

**Details of the authorizer / A meghatalmazó adatai:**

Full name / Teljes név:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Place of birth / Születési helye:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of birth / Születési ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Passport or ID number / Útlevél-vagy SZIG-szám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Details of the authorized / A meghatalmazott adatai:**

Full name / Teljes név: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Place of birth / Születési helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of birth / Születési ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Passport or ID number / Útlevél-vagy SZIG-szám: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Full name(s) of child(ren) / Gyermek(ek) teljes neve(i)/:**

1. 3.

2. 4.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Place and date / Helyszín, dátum Signature of authorizer/Meghatalmazó aláírása