<Vor- und Nachname Absender>

<Straße und Nr>

<PLZ> <Ort>

<Ort>, den

Vollmacht zur Abholung von Rezepten, Medikamenten und Befunden

Hiermit bevollmächtige ich,

Vollmachtgeber:
Name:
Adresse:
Geburtsdatum:
Telefonnummer:

Herrn/Frau

Bevollmächtigter:
Name:
Adresse:
Geburtsdatum:
Telefonnummer:

in meinem Namen die Abholung von Rezepten, Medikamenten und medizinischen Befunden bei Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen vorzunehmen.

Diese Vollmacht ist gültig bis: 00.00.0000 (Datum) / bis auf Widerruf.

Ich bestätige, dass der Bevollmächtigte berechtigt ist, in meinem Namen zu handeln und meine persönlichen Gesundheitsinformationen zu erhalten. Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit widerrufen kann.

Unterschriften

_____

(Vollmachtgeber)

_____

(Bevollmächtigter)

Alle Angaben auf dieser Vorlage ohne Gewähr auf Richtigkeit. Die Verwendung dieser Vorlage geschieht auf eigenes Risiko des Anwenders und ohne Mitwirken von briefformexperte.de.

© briefformexperte.de

Drucken Beschreibung