

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, Hilfsmittel

Ich, _____
Vorname, Name des Vollmachtgebers

wohnhaft in _____

Adresse des Vollmachtgebers:

Geboren am: _____

Hiermit bevollmächtige ich:

Vorname, Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in _____

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dinge (Bitte ankreuzen)

Rezepte Überweisungen Befunde sonstiges alles

nur dieses Rezept / Befund / Hilfsmittel: _____

VOLLMACHT

Die Vollmacht wird zeitlich unbegrenzt bis auf Widerruf erteilt

Die Vollmacht wird zeitlich begrenzt bis _____ erteilt

Die Vollmacht wird für _____ erteilt

Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtgebers

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.