

VOLLMACHT REZEPT-/BEFUNDABHOLUNG

Ich, _____
Vorname | Name des Vollmachtgebers

wohnhaft in _____
Adresse des Vollmachtgebers

geb. am _____
Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtigte hiermit _____
Vorname | Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in _____
Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezept
- Überweisungen
- Befunde
- Sonstiges _____
- alles

Ort | Datum

Unterschrift

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