



Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich Herrn/Frau

Meine Daten

Vorname:

Familienname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Meine Befunde bzw. Rezepte

Vorname:

Familienname:

Sozialvers.-Nr:

unter Vorlage ihres/seines gültigen Lichtbildausweises entgegenzunehmen.

Datum:

Unterschrift:

Ich, die/der Bevollmächtigte, bin mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Dokumentation dieser Vollmacht einverstanden.

Datum:

Unterschrift: