

Vollmacht für die Abholung von personenbezogenen Dokumenten in der Arztpraxis

Ich

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s

Adresse der/des Vollmachtgeberin/s

bevollmächtige hiermit

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

zur Abholung der folgenden Dokumente:

- Rezepte Überweisungen Befunde
- sonstiges: _____

in der Arztpraxis Dres. med. Christof Rehbein & Anke van der Does,
Fachärzte für Innere Medizin, Weißenburger Str. 20-24, 63739 Aschaffenburg

Ort, Datum

persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s

Bitte beachten Sie, daß die Identität der/des Bevollmächtigten durch ein amtliches Dokument mit Bild nachgewiesen werden muß.