



GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DR. MÜLLER-RENZ / DR. BRAUN
UNTERSCHNEIDHEIM

VOLLMACHT FÜR DIE ABHOLUNG VON REZEPTEN, BEFUNDEN, ETC.

Ich

Vorname, Name des Vollmachtgebers

Adresse des Vollmachtgebers

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtigt zur Abholung folgender Dokumente, die unten stehende Person/en:

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rezepte | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Überweisungen | <input type="checkbox"/> alles |
| <input type="checkbox"/> Befunde | |

Name des Bevollmächtigten

Adresse des Bevollmächtigten (Straße, Hausnr., Ort)

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers