Praxis

Dr. med. Markus Strobel

Dr. med. Nini Win

Illinger Str. 26

66557 Illingen

Tel.: 06825 / 43505

Fax: 06825 / 47912

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, ..., geb. am .....

Wohnhaft in .....,

Frau / Herrn ....., geb. am .....

Wohnhaft in .....,

- o Rezepte
- o Überweisungen
- o Befunde
- o Sonstiges: .....

entgegenzunehmen. Diese Vollmacht gilt

- o bis auf Widerruf (Sie können diese Vollmacht jederzeit widerrufen)
- o nur am ..... (Datum)

Der Bevollmächtigte wird gebeten, sich bei Bedarf bei Abholung auszuweisen.

--- ---, ---

Aussteller/in der Vollmacht Ort Datum