

Vollmacht

Vollmachtgeber:

Nachname Vorname

Straße und Nr.

PLZ Wohnort

Bevollmächtigter:

Nachname Vorname

Straße und Nr.

PLZ Wohnort

Hiermit bevollmächtige ich, _____,
Vor- und Nachname

die Person _____, als meinen Vertreter und in meinem Namen
Vor- und Nachname

zu folgenden Handlungen:

☐ meinen Ausdruck der getätigten Arzneimittelzuzahlungen für die Krankenkasse,

☐ meinen Ausdruck der getätigten Einkäufe in der Apotheke für die Steuer,

☐ eine bestellten Medikamente entgegenzunehmen.

☐ eine gesammelten Punkte einzulösen.

Die Gültigkeit dieser Vollmacht ist:

☐ einmalig,

☐ gültig von _____, bis _____,
Datum Datum

☐ unbegrenzt wirksam.

_____, _____, _____
Ort Datum Unterschrift