



FRAUENÄRZTE
AM LIEBESGRUND

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Vorname, Name _____

Geboren am _____

Frau /Herr

Vorname, Name _____

Geboren am _____

Die Vollmacht ist gültig für

- ☐ **eine einmalige Abholung von Rezepten, Attesten, Überweisungen, Heilmittelverordnungen oder Befunden**
- ☐ **eine dauerhafte Abholung von Rezepten, Attesten, Überweisungen, Heilmittelverordnungen oder Befunden**

Eine Vollmacht für die dauerhafte Abholung ist gültig bis auf Widerruf durch den/die Vollmachtgebende/n.

Ort und Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) bei der Abholung nachgewiesen werden muss.