

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc.

Ich

Vorname, Name des Vollmachtgebers (Patient)

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers (Patient)

geboren am

Geburtsdatum des Vollmachtgebers (Patient)

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten (Abholer)

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten (Abholer)

zur Abholung folgender Dokumente:

Rezepte

Überweisungen

Befunde

Sonstiges _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Wichtig:

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten nachgewiesen werden muss. (Personalausweis / Reisepass / Versichertenkarte / Führerschein)

ZAHNÄRZTE UND IMPLANTATZENTRUM MVZ GmbH
Herrmann-Aust-Straße 1 . 86825 Bad Wörishofen

Standorte
Bad Wörishofen, Unterschleißheim, Weingarten

Sitz der Gesellschaft: Bad Wörishofen
Registergericht: Amtsgericht Memmingen
HRB 17334
Geschäftsführer: Alexander Schlittmeier