

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

Anrede: _____

Vorname: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

nachfolgende Person

Anrede: _____

Vorname: _____

Name: _____

Anschrift: _____

in der Praxis für mich hinterlegte Dokumente (Rezepte, Überweisungen etc.) abzuholen.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass wir Ihrem Bevollmächtigten lediglich gegen Vorlage eines gültigen Ausweisdokumentes die für Sie hinterlegten Dokumente aushändigen werden.

unsere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie bei uns in der Anmeldung oder im Internet unter <https://mvz-portal10.de/dvinfo>

