Hausärztliches MVZ Großkrotzenburg

Vollmacht für die Abholung von Dokumenten

- Abholung von Rezepten, Befunden, Überweisungen, etc. -

Vollmachtgeber/in	**Bevollmächtigte/r**
_____	_____
Name, Vorname	**Name, Vorname**
_____	_____
Anschrift	**Anschrift**
_____	_____
Geburtsdatum/-ort	**Geburtsdatum/-ort**

Ich erteile hiermit dem/der obenstehenden Bevollmächtigten die Vollmacht zur Abholung folgender Dokumente:

- ○ Rezepte
- ○ Überweisungen
- ○ Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung
- ○ Befunde jeglicher Art
- ○ Anträge
- ○ Sonstiges _____

Bitte beachten Sie, dass die Identität des/der Bevollmächtigten durch einen Personalausweis oder Reisepass nachgewiesen werden muss.

_____	_____
Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____
Unterschrift Vollmachtgeber/in	**Unterschrift Bevollmächtigte/r**