

Vollmacht zur Abholung von Formularen und Befunden

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

folgende Person(en):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

zur Abholung jeglicher Formulare und Befunde, die ich in der Praxis Dr. Kölle-Frick und Kollegen für mich angefordert habe.

Die bevollmächtigte Person muss hierzu einen gültigen Lichtbildausweis sowie meine elektronische Gesundheitskarte bei Ihnen vorlegen.

Ich wurde darüber informiert, dass ich die erteilte Vollmacht jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum, Ort, Unterschrift des Vollmachtgebers