

Vollmacht für die Abholung von personenbezogenen Dokumenten in der Arztpraxis

Ich

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s (Patient)

Adresse der/des Vollmachtgeberin/s

bevollmächtige hiermit die nachfolgend genannte(n) Person(en):

1. _____
Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

2. _____
Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

3. _____
Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

zur Abholung der folgenden Dokumente:

- Rezepte Überweisungen Befunde
 sonstiges: _____

in allen Arztpraxen der MVZ Mittweida GbR inkl. Nebenbetriebsstätten.

Die Vollmacht ist bis zu meinem Widerruf rechtsgültig. Der Widerruf wird der Arztpraxis schriftlich angezeigt und zugestellt.

Ort, Datum persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s (Patient)

Bitte beachten Sie, dass die Identität der/des Bevollmächtigten durch ein amtliches Dokument mit Bild nachgewiesen werden muss.