

Hausärzte Idstein

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich:

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

als Patient/in der Hausärzte Idstein den/die Abholer/in:

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

mit der Abholung von:

Rezepten:

Befunden:

Attesten:

Die Vollmacht ist 2 Jahre ab Ausstellung oder bis auf Widerruf gültig!

Ort, Datum

Unterschrift

Caroline Röther
Fachärztin für
Allgemeinmedizin
Notfallmedizin

Rudolfstrasse 2-4
65510 Idstein

Telefon 06126 8956
Telefax 06126 8603

www.hausaerzte-idstein.de

praxis@hausaezte-idstein.de

14.05.2018

P.S.: Der Abholer muss sich ausweisen können mittels Personalausweis oder Reisepass.