

Vollmacht

zur Abholung von
Rezepten / Bescheiden / Formularen

Dr. med. Bianca Weisheit
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Hiermit bevollmächtige ich, _____, geb. _____

Herrn / Frau _____, geb. _____

zur Abholung folgender Unterlagen in der Praxis Dr. Bianca Weisheit, Kolpingstr. 2,
95615 Marktrechwitz: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Arzneimittelrezepte**
- Überweisungen**
- Arztbriefe und Befunde**
- Sonstiges:** _____
- Alles**

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten ausnahmslos durch Vorlage des Personalausweises nachgewiesen werden muss!