

# VOLLMACHT

**GYN Plochingen**  
Dr. Hauser  
Dr. Landauer

Ich habe in der Praxis ein Rezept bestellt und kann es nicht selbst abholen.  
Zur Abholung bevollmächtige ich Herrn / Frau

VORNAME

NACHNAME

Bitte geben Sie der Person diese **Vollmacht** und auch ihre **Versichertenkarte** mit!

-----  
VORNAME NACHNAME (PATIENTIN)

-----  
ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT (PATIENTIN)

VR 5.2022