

VOLLMACHT

GYN Plochingen
Dr. Hauser
Dr. Landauer

Hiermit bevollmächtige ich Herrn / Frau

VORNAME NAME

zur Abholung meines Rezepts, das ich vorab in der Praxis bestellt habe.
BITTE GEBEN SIE DIESER PERSON AUCH IHRE VERSICHERTENKARTE MIT!

ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENTIN

VORNAME NAME der Patientin in Druckbuchstaben