

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich Frau/Herrn:

Vorname:	<input type="text"/>
Familienname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

von lmed19 für mich:

Vorname:	<input type="text"/>
Familienname:	<input type="text"/>
Sozialvers.-Nr.:	<input type="text"/>

meine Befunde und Rezepte unter Vorlage ihres/seines gültigen Lichtbildausweises entgegenzunehmen.

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------	----------------------

Ich, die/der Bevollmächtigte, bin mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Dokumentation dieser Vollmacht einverstanden.

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------	----------------------