



MELIVA

MVZ WESTPFALZ

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc

Ich,

Vorname, Name des Vollmachtgebers

Adresse des Vollmachtgebers

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtigte hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente

Rezepte

Überweisungen

Befunde

sonstiges _____

alles

Ich bin damit einverstanden, dass meine Dokumente und Verordnungen auf dem Postweg versendet werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z. B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.