



Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum

Frau/Herrn

Name, Vorname, Geburtsdatum

- ein/mein Rezept
- eine/meine Überweisung
- eine/meine Einweisung

in der Praxis Dr. Stephanie Schmidt abzuholen.

Datum:

Unterschrift: