



**Vollmacht für die Abholung / Ausstellung von personenbezogenen Dokumenten in
der Arztpraxis**

Ich

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s

Adresse der/des Vollmachtgeberin/s

bevollmächtigte hiermit

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

Telefonnummer der / des Bevollmächtigten

zur Abholung / Ausstellung der folgenden Dokumente:

Rezepte Überweisungen Befunde

sonstiges: _____

in der Arztpraxis Dr. Tobias Groh, Leipziger Str. 2a, 08056 Zwickau

Ort, Datum

persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s

Bitte beachten Sie, dass die Identität der/des Bevollmächtigten durch ein amtliches Dokument mit Bild nachgewiesen werden muss.