



## Vollmacht zur Abholung von Rezepten

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

die nachfolgend genannte(n) Person(en), für mich bei Ihnen vorliegende Rezepte und/oder andere Formulare abzuholen.

Bevollmächtigte Person(en):

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift Vollmachtgeber:in)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Bitte denken Sie daran, dem/der Bevollmächtigten einer gültige Versichertenkarte mitzugeben. Der/die Bevollmächtigte muss sich zudem mit Personalausweis ausweisen können.**