

## Vollmacht für die Abholung von Rezepten und Befunden

### Vollmachtgeber(in):

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

SV-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Bevollmächtigte(r):

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

SV-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber(in) den/die oben genannte(n) Bevollmächtigte(n), meine Rezepte und/oder Befunde von der Gruppenpraxis Dr. Robl & Dr. Sporn unter Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises abzuholen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber(in)

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte(r)