



Dr. Schubert & Dr. Wißmann

AUGENÄRZTINNEN AM LINDSCHARREN

» LINDSCHARREN.DE

## VOLLMACHT

zur Abholung von Rezepten | Überweisungen | Formularen

Hiermit bevollmächtige ich,

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Pflegeheim / Seniorenheim / Schule / Apotheke / sonstige Institution:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

zur Abholung / Übermittlung folgender Unterlagen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Rezept     Überweisung     Arztbrief / Befund

Sonstiges \_\_\_\_\_

in der Praxis Dr. Kirstin Schubert.

Gültig ist die Vollmacht bis auf Widerruf.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift