



Dr. Schubert & Dr. Wißmann

AUGENÄRZTINNEN AM LINDSCHARREN

» LINDSCHARREN.DE

VOLLMACHT

zur Abholung von Rezepten | Überweisungen | Formularen

Hiermit bevollmächtige ich,

_____ geb. am _____

Herrn / Frau

_____ geb. am _____

_____ geb. am _____

zur Abholung folgender Unterlagen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Rezept Überweisung Sonstiges _____

in der Praxis Dr. Kirstin Schubert.

Gültig ist die Vollmacht bis auf Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift