

Vollmacht

Vollmachtgeber

Vollmachtnehmer

Name, Vorname, Geb. Datum

Name, Vorname, Geb. Datum

.....

.....

Anschrift

Anschrift

.....

.....

Hiermit bevollmächtige ich Herr/Frau zur Abholung von

O meinen persönlichen Dokumenten

O

(bitte zutreffendes ankreuzen, und ggf. abzuholende Dokumente konkretisieren)

in der Hausarztpraxis Dr. Tuve, Amalie-Dietrich-Platz 5, 01169 Dresden abzuholen.

Die Vollmacht ist

O einmalig gültig am bzw,

O gültig in folgenden Zeitraum: von bis

(bitte zutreffendes ankreuzen und Datum bzw. Zeitraum einfügen)

bei Vorlage dieser Vollmacht im Original und in Verbindung mit **Versichertenkarte und Personalausweis** des Vollmachtgebers und **Personalausweis** des Vollmachtnehmers.

Ort, Datum

Ort, Datum

.....

.....

(Unterschrift Vollmachtgeber)

(Unterschrift Vollmachtnehmer)

.....

.....