

Dres. med. Wallmann und Chomej • Löbauer Straße 70 • 04347 Leipzig

## Vollmacht

Ich

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s

\_\_\_\_\_  
Adresse der/des Vollmachtgeberin/s

bevollmächtige hiermit

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Adresse der/des Bevollmächtigten

zur Abholung der folgenden Dokumente (Nichtzutreffendes durchstreichen):

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s

Der Bevollmächtigte muss sich mit Personalausweis ausweisen können.