Vollmacht

Vollmachtgeber:

_____ _____
Nachname Vorname

_____
Straße und Nr.

_____ _____
PLZ Wohnort

Bevollmächtigter:

_____ _____
Nachname Vorname

_____
Straße und Nr.

_____ _____
PLZ Wohnort

Hiermit bevollmächtige ich, _____,
Vor- und Nachname

die Person _____, als meinen Vertreter und in meinem Namen
Vor- und Nachname

zu folgenden Handlungen:

- ☐ meinen Ausdruck der getätigten Arzneimittelzuzahlungen für die Krankenkasse,
- ☐ meinen Ausdruck der getätigten Einkäufe in der Apotheke für die Steuer,
- ☐ eine bestellten Medikamente entgegenzunehmen.
- ☐ eine gesammelten Punkte einzulösen.

Die Gültigkeit dieser Vollmacht ist:

- ☐ einmalig,
- ☐ gültig von _____ ,bis _____,
  Datum Datum
- ☐ unbegrenzt wirksam.

_____ , _____ , _____
Ort Datum Unterschrift