

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