



**Kinder- und Jugendarztpraxis
Vaihingen an der Enz**
Dr. med. Andreas U. Zinser

Andreaestr. 16/1
71665 Vaihingen an der Enz
T 07042-270 96 30
F 07042-270 96 39

Ich,

Vorname, Name des Vollmachtgebers

Adresse des Vollmachtgebers

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten

Adresse des Bevollmächtigten

Geburtsdatum des Bevollmächtigten

zur einmaligen Abholung von zur Abholung bis auf Widerruf von

- Rezepten
- Überweisungen
- Befunden
- Sonstiges :
- Alles

für

Vorname, Name, Geburtsdatum

**Ort, Datum, Unterschrift des
Vollmachtgebers**

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten nachgewiesen werden muss (z.B. durch den Personalausweis).