



INTERNE DONAUSTADT

GRUPPENPRAXIS

Dr. Michel Feldner-Busztin

Dr. Martina Wichlas

Vollmacht für die Abholung von Befunden und Rezepten

Vollmachtgeber(in)

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Bevollmächtigte(r)

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber(in) den/die oben genannte(n) Bevollmächtigte(n), meine Befunde und Rezepte von der Gruppenpraxis Dr. Feldner-Busztin und Dr. Wichlas unter Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises abzuholen.

Ort, Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber(in):

Ich, der/die Bevollmächtigte, bin mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Dokumentation dieser Vollmacht einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift Bevollmächtigte(r):