

Vollmacht für die Entgegennahme und Abholung von Rezepten und Hilfsmitteln

Ich,

--	--

Vorname, Name

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

--

wohnhaft in Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

--

Ggf. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters

bevollmächtigte hiermit

--

Privatperson / Pflegeeinrichtung

--

Anschrift Privatperson / Pflegeeinrichtung

zur Annahme, Gegenzeichnung, Abholung und Auslieferung meiner Rezepte / Hilfsmittel

Ich bzw. mein gesetzlicher Vertreter bevollmächtigt aus folgendem Grund:

- Ich bin gesundheitlich eingeschränkt und kann Lieferungen nicht annehmen
 - immobil (Tür kann nicht von mir geöffnet werden)
 - schwerhörig / blind

- Ich habe keinen Ablageort für Transportunternehmen
- Paketshop ist zu weit entfernt. / Unzuverlässiger Zustelldienst
- Angehörige sind nicht den ganzen Tag vor Ort
- Privatperson / Pflegeeinrichtung besitzt einen Haustürschlüssel bzw. ist regelmäßig vor Ort

Datum

Unterschrift