

# VOLLMACHT

**GYN Plochingen**  
Dr. Hauser  
Dr. Landauer

Hiermit bevollmächtige ich Herrn / Frau

-----  
VORNAME    NAME

zur Abholung meines Rezepts, das ich vorab in der Praxis bestellt habe.  
BITTE GEBEN SIE DIESER PERSON AUCH IHRE VERSICHERTENKARTE MIT!

-----  
ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT PATIENTIN

-----  
VORNAME    NAME    der Patientin in Druckbuchstaben