

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

geboren am, wohnhaft in

Herrn/Frau

geboren am

folgende Unterlagen

- Rezept für
- Überweisung zum
- Verordnung über
-

im Facharztzentrum üBAG, Standort

Gustav-König-Str. 17
96515 Sonneberg

Gustav-König-Str. 10-12
96515 Sonneberg

Bahnhofsplatz 6
96450 Coburg

Gustav-König-Str. 13
96515 Sonneberg

Friedrich-König-Str. 14
98527 Suhl

für mich abzuholen.

Mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin
im Facharztzentrum üBAG ist:

Weiter versichere ich hiermit, dass ich mich zurzeit weder in stationärer Behandlung,
noch in einer Rehabilitationsmaßnahme befinde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift