



Vollmacht zur Abholung: Podologieverordnung

Hiermit bevollmächtige ich,

Vorname des Vollmachtgebers

Nachname des Vollmachtgebers

geboren

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft

Adresse des Vollmachtgebers

die podologische Praxis

Praxisname

Adresse der Praxis

zur Abholung meiner Verordnung für eine podologische Behandlung.

Sie können Ihre Vollmacht jederzeit widerrufen.

Die Vollmacht besitzt eine Gültigkeit von 12 Monaten.

Ort, Datum

Unterschrift