

VOLLMACHT ZUR REZEPTABHOLUNG

Vollmachtgeber (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Vollmachtnehmer (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Vollmacht zur Abholung von Rezepten und Arzneimitteln

Hiermit bevollmächtige ich, der/die Vollmachtgeber/in, den/die oben genannte/n Vollmachtnehmer/in, in meinem Namen und mit bindender Wirkung für mich Rezepte und Arzneimittel in Apotheken abzuholen, die auf meinen Namen ausgestellt sind. Diese Vollmacht umfasst auch die Entgegennahme von Auskünften bezüglich meiner verordneten Medikamente.

Dauer der Vollmacht

Diese Vollmacht gilt ab dem Zeitpunkt der Unterzeichnung und bleibt gültig, bis sie schriftlich widerrufen wird.

Haftungsausschluss

Der Vollmachtgeber stellt den Vollmachtnehmer von jeglicher Haftung frei, die aus der Ausführung dieser Vollmacht resultieren kann, sofern diese nicht auf grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz beruht.

Ort: _____

Datum: _____

Vollmachtgeber (Unterschrift)

Vollmachtnehmer (Unterschrift)

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://persoenliche-dokumente.com/vollmacht-rezept-abholen/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://persoenliche-dokumente.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.