

VOLLMACHT ZUM ABHOLEN VON MEDIKAMENTEN

Ort : _____ Datum : _____

Vollmachtgeber (Person, die bevollmächtigt):

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Telefonnummer : _____

Bevollmächtigter (Person, die Medikamente abholt):

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Telefonnummer : _____

Vollmachtserklärung:

Hiermit bevollmächtige ich, der Vollmachtgeber, die oben genannte Person, für mich und in meinem Namen alle notwendigen Medikamente in Apotheken abzuholen. Diese Vollmacht gilt ausschließlich für den genannten Zweck. Der Bevollmächtigte ist berechtigt, Auskünfte zu erteilen und entgegenzunehmen, die für die Abholung der Medikamente erforderlich sind.

Haftungsausschluss:

Ich entbinde die Apotheke von der Schweigepflicht im Rahmen dieser Vollmacht und übernehme die volle Verantwortung für die Richtigkeit dieser Angaben. Die Apotheke haftet nicht für Schäden, die durch die Weitergabe der Medikamente an den Bevollmächtigten entstehen.

Unterschriften:

UNTERSCHRIFT VOLLMACHTGEBER

UNTERSCHRIFT BEVOLLMÄCHTIGTER

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/vollmacht-medikamente-abholen-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.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.