

Absender Vollmachtgeber:

.....  
.....  
.....

Gemeindeverwaltung Burkhardtsdorf  
Sekretariat  
Am Markt 8  
09235 Burkhardtsdorf

***V o l l m a c h t***

***zur Abholung meiner Patientenakte der Arztpraxis Scheithauer, Meinersdorf***

Hiermit beauftrage ich, ..... (vollständiger Name des  
Vollmachtgebers),

geb. am: .....

Herrn/Frau ..... (Name/Anschrift des  
Bevollmächtigten)

.....

zur Abholung und Entgegennahme meiner Patientenakte.

.....  
Datum/Unterschrift