

**Sparen Sie sich den Besuch in der Arztpraxis – gerne holen wir Ihr Rezept beim Arzt ab und beliefern Sie kostenlos!**

## Vollmacht für die Bestellung und Abholung von personenbezogenen Dokumenten in der Arztpraxis

Name, Vorname der/des Vollmachtgebenden

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon *(Verwendung ausschließlich für eventuell notwendige Rückfragen)*

E-Mail *(Verwendung ausschließlich für eventuell notwendige Rückfragen)*

### bevollmächtigt hiermit folgende Person(en)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

zur Abholung der folgenden Dokumente:

Rezepte

Überweisungen

Befunde

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Rezeptwünsche (Bitte Medikamente genau nennen): \_\_\_\_\_

in folgender Arztpraxis (Name der Praxis, Straße/Hausnummer, PLZ/Ort):

Ort, Datum

Persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgebenden

**Wichtig:** Bitte beachten Sie, daß die Identität der/des Bevollmächtigten bei der Abholung in der Praxis durch ein amtliches Dokument mit Bild nachgewiesen werden muss.

**Bestellen Sie künftig alles, was Sie aus der Apotheke benötigen, komfortabel und bequem per App „CallmyApo“, Telefon, Fax oder E-Mail – wir beliefern Sie kostenlos!**

**Wir beliefern Sie noch am selben Tag bei Bestellung bis 17:30 Uhr (sofern der gewünschte Artikel vorrätig ist)**