



VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich,.....

Herrn/Frau.....

zur Abholung meiner Befunde/Rezepte sowie zur Einholung von Auskünften über weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Für die Richtigkeit der an Sie übermittelten Inhalte übernehmen wir keine Haftung und halten uns schad- und klaglos.

Wien,.....

Unterschrift