

# Vollmacht für die Abholung von Rezepten

Ich,

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

---

wohnhaft in

---

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

**www.medihermes.de**  
**Geschäftsteil der Apotheke am Markt Georgios Halkias e.K.**  
**Kirchenplatz 1**  
**91074 Herzogenaurach**

bis auf Widerruf zur Abholung von Rezepten aus folgenden Praxen:

---

---

---

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter [www.medihermes.de](http://www.medihermes.de)