

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