



Hausarztpraxis
Juliusstadt

Ich,

Ihr Name:

geboren am:

Ihre Adresse:

bevollmächtigte

Name:

geboren am:

Adresse:

zur Abholung von Unterlagen, Verordnungen, Rezepten aus der
Hausarztpraxis Juliusstadt, Ahlumer Str. 31 38302 Wolfenbüttel.

Diese Vollmacht gilt ab sofort und bleibt bis auf Widerruf bestehen.

Ort, Datum

Unterschrift