

Vollmacht

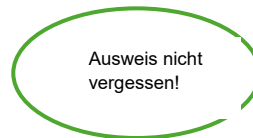
Hiermit bevollmächtige ich die unten genannte Person, in meinem Namen folgende Produkte in der Stadt Apotheke - Freystadt abzuholen.

Medikament(e) / Produkt(e):

Rezepte dürfen mitgeben werden (Kassenrezept / Privatrezept)

Vollmachtgeber

Name: -----
Geburtsdatum: -----
Adresse: -----
Ausweis-/Reisepassnummer: -----



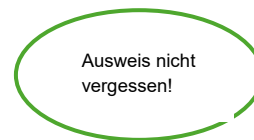
„Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Apotheke das Produkt nach Vorlage dieser Vollmacht sowie eines **gültigen Ausweisdokuments oder einer Kopie** von mir an die bevollmächtigte Person aushändigt. Mit der Übergabe kommt die Apotheke ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach; für die weitere Verwendung des Produktes übernehme ich die Verantwortung. Mir ist bewusst, dass die Apotheke keine zusätzlichen Prüfungen hinsichtlich meiner Beziehung zur bevollmächtigten Person vorzunehmen hat. Die Beratung durch die Apotheke hat stattgefunden, und die Anwendung des Produktes ist mir bekannt bzw. wurde mir oder der bevollmächtigten Person erläutert.“

Ort, Datum: _____

Unterschrift Vollmachtgeber: _____

Bevollmächtigte Person

Name: -----
Geburtsdatum: -----
Adresse: -----
Ausweis-/Reisepassnummer: -----



Ort, Datum: _____

Unterschrift Bevollmächtigte Person: _____

Unterschrift Mitarbeiter Apotheke bei Abgabe: _____