

Vollmacht

Radiologische Gemeinschaftspraxis

Niemeyerstraße 23
06110 Halle

Tel.: 0345/61400 - FAX: 0345/6140 210
www.halle-radiologie.de

DR. D. WUJCIAK · DR. M. DIESTELHORST · DIPL. - MED. M. DREVENSTEDT
H. GOLLMANN · DR. M. GÜRTLER · U. WEIDT
RADIOLOGEN
NIEMEYERSTRASSE 23 · 06110 HALLE/SAALE

in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin
Dr. M. Schmalfeld · Dr. U. Neef · Dr T. Behlendorf · Dr. S. Frank-Gleich
Niemeyerstraße 22 · 06110 Halle/Saale

Ich

Name: _____

Straße: _____

Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

bevollmächtigte

Name: _____

Straße: _____

Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

meinen Befund / meine Bilder abzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Abholer

Die Vollmacht ist einmalig gültig bei Vorlage im Original und in Verbindung mit **Personalausweis, Fahrerlaubnis oder elektronischer Gesundheitskarte** vom Abholer.

abgeholt am / um: _____