

Hiermit bevollmächtige ich,

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

die folgend genannte Person, mein bei Ihnen vorliegendes Rezept abzuholen.

Bevollmächtigte Person:

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

**Bitte denken Sie daran dem*der Bevollmächtigten Ihre Versicherungskarte mitzugeben.
Der*die Bevollmächtigte muss sich auf Verlangen ausweisen können (Personalausweis).**

Datum:

Unterschrift:

Stand 05.2024

OCW / Orthopädie Chirurgie Würzburg

Oeggstraße 3
97070 Würzburg

Tel: 0931 780918-0
Fax: 0931 780918-18

info@ocwuerzburg.de
www.ocwuerzburg.de



PARACELSUS
MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT



D-Ärzte für Arbeitsunfälle,
Schul- und Kindergartenunfälle