

## Vollmacht

Ich \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
*Name, Vorname (bitte in DRUCKBUCHSTABEN)*

erteile hiermit mit Frau / Herrn \_\_\_\_\_,  
*Name, Vorname (bitte in DRUCKBUCHSTABEN)*

geb. am \_\_\_\_\_, die Vollmacht, die von mir am: \_\_\_\_\_

in der Überörtlichen Radiologischen Gemeinschaftspraxis erstellten Mammographie-, Röntgen-,  
CT oder MRT-Aufnahmen bzw. andere Patientenunterlagen abzuholen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Abholer/-in