

**VOLLMACHT ZUR ABHOLUNG VON PATIENTENUNTERLAGEN BZW.
ERTEILUNG VON AUSKÜNFTE**



**MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM
ST. COSMAS**

Ich,

Name und Vorname des Vollmachtgebers Geburtsdatum

Adresse

bevollmächtige hiermit

Name und Vorname des Bevollmächtigten Geburtsdatum

Adresse

zur Abholung folgender Dokumente (bitte ankreuzen):

- Rezepte
- Überweisungsscheine
- Befunde
- Sonstiges:

zur Entgegennahme von Informationen (mündlich/telefonisch/per Fax) über (bitte ankreuzen):

- Rezepte
- Überweisungsscheine
- Befunde
- Sonstiges:.....

Die Abholung/Auskunft erfolgt im bzw. durch das

MVZ St. Cosmas
Rathausplatz 1
85579 Neubiberg

GESCHÄFTSLEITUNG:

DR. MED. CHRISTOPH COENEN
EVAGELOS KRITIKAKIS
DR. MED. THORSTEN TRUMM

INGRID KELLERER

ABTEILUNGEN:

ALLGEMEINMEDIZIN
INNERE MEDIZIN, HAUSÄRZTL.

INNERE MEDIZIN,
FACHÄRZTLICH

NEUROLOGIE
PSYCHIATRIE
PSYCHOTHERAPIE

PHYSIOTHERAPIE
LOGOPÄDIE

RATHAUSPLATZ 1
D-85579 NEUBIBERG
TEL. o 89/68 09 84-0
FAX o 89/601 21 93

WWW.MVZ-ST-COSMAS.DE
INFO@MVZ-ST-COSMAS.DE

STEUERNR.: 143/509/20138

GLS BANK EG, BOCHUM
IBAN:
DE03 4306 0967 8082 3209 00
BIC: GENODEM1GLS

V 11/24

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Dem/der Bevollmächtigten ist eine gültige Versichertenkarte mitzugeben. Der/die Bevollmächtigte muss sich weiterhin mit einem gültigen Personalausweis ausweisen können.