

**B e u r k u n d u n g s v o r d r u c k f ü r V o r s o r g e v o l l m a c h t
u n d P a t i e n t e n v e r f ü g u n g**

1. Vollmachtgeber:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

geb. am: _____

Geburtsort (Gemeinde/Kreis): _____

Standesamt.: _____ Geburtsregister-Nr. _____

Tel. : _____

Mobil.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Organspende: ja / nein

Besteht eine Beteiligung an einer Gesellschaft: ja / nein

2. Vollmachtgeber:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

geb. am: _____

Geburtsort (Gemeinde/Kreis): _____

Standesamt.: _____ Geburtsregister-Nr. _____

Tel. : _____

Mobil.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Organspende: ja / nein

Besteht eine Beteiligung an einer Gesellschaft: ja / nein

Bevollmächtigter:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

geb. am: _____

Tel. : _____

Mobil.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

bitte wenden

Ersatzbevollmächtigter:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

geb. am: _____

Tel. : _____

Mobil.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

sonstiges: _____

Sofern möglich, bitte Kopie der Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch mitschicken!!!



Strohberg 5/6

24306 Plön

Telefon: +49 4522 / 746 29 – 13 oder 14

Telefax : +49 4522 / 746 29 - 29

Email: info@kas-ploen.de