

Einwilligungserklärung für Medikamentenabholung durch Dritte

Ärztzentrum Lüsselpark AG
Lüsselpark 1
4226 Breitenbach
Tel 061 789 10 00
Info.azl@hin.ch

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.

Hiermit ermächtige ich die Abholung meiner Medikamente durch untenstehende Personen

Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

Institution	
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich einverstanden bin, dass obenstehende Personen meine Medikamente in meinem Auftrag abholen. Bitte ID-Kopie und mit Wohnadresse versehen beilegen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------