

Vollmacht

Zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen

Vollmachtgeber:

Name:	
Anschrift:	
Pflegekasse:	
Versicherten-Nr.:	

Vollmachtnehmer:

Name:	
Anschrift:	

Hiermit erteile ich Vollmacht, die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen bzw. die Pflegehilfsmittel an die obengenannte Adresse des Vollmachtnehmers zu liefern.

Datum

Unterschrift