



medizinisch-diagnostisches

LABOR DR. DOSTAL

Vollmacht

(dient ausschließlich zur **Befundabholung** im Labor Dr. Dostal)

Hiermit ermächtige ich (Vollmachtgeber/in)

.....
Name (Vollmachtgeber/in)

.....
Geb.datum

untenstehende Person (Bevollmächtigte/r)

.....
Name (Bevollmächtigte/r)

.....
Geb.datum

zur **Abholung meiner Befunde**
im Labor Dr. Dostal, 1190 Wien, Saarplatz 9.

.....
Unterschrift (Vollmachtgeber/in)

.....
Datum

Achtung:

Die/Der Bevollmächtigte hat in jedem Fall ihren/seinen
Lichtbildausweis vorzuweisen!