

Hamburger Medical Box
by NAS Health and Care Consulting
Mittelweg 158a
DE-20148 Hamburg

Absender-Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie falten. Die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages

Vollmacht

zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen

bitte **ausfüllen und zurücksenden**, wenn die Lieferanschrift von der Adresse des/der Pflegebedürftigen abweicht:

Vollmachtgeber

Name

Anschrift

Pflegekasse

Versicherungs-Nummer

Vollmachtnehmer

Name

Anschrift

Vollmacht

Hiermit erteile ich, der Vollmachtgeber, dem Vollmachtnehmer Vollmacht, die Lieferbestätigungen und gfls. weitere die Lieferung der Pflegehilfsmittel betreffende Unterlagen in meinem Sinne gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

Unterschrift

Ort, Datum