

Vollmacht

Ich, _____ geb. am _____

wohnhaft in _____

bevollmächtige hiermit

Herrn/Frau _____ geb. am _____

wohnhaft in _____

meine Befunde / Röntgenbilder von Radiologie Urfahr - Röntgenordination / CT-Institut –
Dr. Franz Ebner / Dr. Edwin Danzer, Hauptstr. 16-18, 4040 Linz, abzuholen.

Diese Vollmacht gilt zeitlich unbegrenzt. Sie kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf
dieser Vollmacht ist Radiologie Urfahr schriftlich zur Kenntnis zu bringen.

Ort, Datum

Unterschrift