

Vollmacht

Hiermit erteile ich,

Name, Vorname:

Wohnadresse:

Geb.-Datum:

folgender Person

Name, Vorname:

Wohnadresse:

Geb.-Datum:

Vollmacht, meine Interessen außergerichtlich wahrzunehmen und zu vertreten.

Die Vollmacht beschränkt sich auf die Erteilung von Auskünften, die Beantwortung von Anfragen, die Beiziehung von Patientenunterlagen, Modellen, Röntgenaufnahmen u.ä. sowie die Führung von Schriftverkehr mit der Landes Zahnärztekammer Sachsen als vermittelnde Stelle (Patientenberatungsstelle, Rechtsausschuss).

....., den

Ort Datum

Unterschrift