

Vollmacht für die Abholung filtrierender Halbmasken in der Apotheke

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon, E-Mail

bevollmächtigte hiermit

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon, E-Mail

zur Abholung der für mich bestimmten filtrierenden Halbmasken nach § 4 Abs. 1 der Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (SchutzmV).

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Bitte beachten Sie, dass die Identität der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers der Apotheke bekannt sein oder durch Vorzeigen deren/dessen Personalausweises nachgewiesen werden muss.