

## Vollmacht für die Abholung von Hilfsmitteln

Ich,

---

Name, Vorname und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

---

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

---

Name, Vorname und Geburtsdatum des Bevollmächtigten

---

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgendes/r Hilfsmittel/s:

---

---

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

**Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z. B. durch den Personalausweis) bei der Abholung nachgewiesen werden muss.**

**MCS Medical Center**  
**Südwestfalen GmbH & Co. KG**  
Rotehausstraße 36 · 58642 Iserlohn  
T 0 23 74/92 39 0 · F 0 23 74/92 39 200  
info@mcs-medicalcenter.de  
[www.mcs-medicalcenter.de](http://www.mcs-medicalcenter.de)

Hi, ich bin MeCS!  
Ich helfe gern:  
01801 331 331

