

Vollmacht:

Name: _____ Vorname: _____

wohnhaft: _____

geb. am: _____

Hiermit gebe ich dem Amt für Familien und Soziales des Landkreises Ostprignitz-Ruppin die Vollmacht, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bei der Pflegekasse abzufordern.

Betreuer: _____

wohnhaft: _____

Bestellungsurkunde liegt vor (Kopie als Anlage)

Datum:

Unterschrift: