

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich meinen Arbeitgeber eine Zweitschrift nach § 43 IfSG beim Gesundheitsamt anzufordern.

Name
Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
Telefonnummer, für evtl. Rückfragen

Ort, Datum

Unterschrift

Die Zweitschrift bitte mit Rechnung an folgende Firmenadresse senden:

Firmenname
Ansprechpartner
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Telfonnummer für Rückfragen

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers