

Vollmacht für die Beratung im Pflegestützpunkt des Landkreises Dillingen

Hiermit bevollmächtige ich _____
geb. _____

Herrn/Frau _____

geb. _____

Herrn/Frau _____

geb. _____

mich im Beratungsgespräch mit den Beraterinnen des Pflegestützpunkts des Landkreises Dillingen zu vertreten und meine persönlichen Daten, die zur Beratung bzw. zur Dokumentation der Beratung erforderlich sind, weiterzugeben.

Unterschrift der zu vertretenden Person

Unterschrift des/ der Bevollmächtigten

Unterschrift des/ der Bevollmächtigten