BEVOLLMÄCHTIGUNG

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

1) Herr/Frau (eigener Name, Vollmachtgeber)

Vorname, Nachname _____ Wohnhaft (Straße/Postleitzahl/Wohnort) _____

Vorname, Nachname _____ Wohnhaft (Straße/Postleitzahl/Wohnort) _____

2) Herrn/ Frau (BevollmächtigteR)

Vorname, Nachname _____ Funktion _____

Ggf. Einrichtung _____ Straße/Postleitzahl/Ort _____

3) für Herrn/Frau/Kind (zu versorgende Person)

Vorname, Name _____ Wohnhaft (Straße/Postleitzahl/Wohnort) _____

Geboren am _____

mit der

◯ Entgegennahme der Beratung für eine Kommunikationshilfe bzw./und Umfeldsteuerung, behindertengerechte PC-Eingabehilfe

◯ Entgegennahme der von REHAVISTA durchgeführten Auslieferung und Einweisung des genehmigten Hilfsmittels:

_____

Die o. g. Person (2) wird ausdrücklich von den gesetzlichen Vertretern/Erziehungsberechtigten (1) bevollmächtigt, die Leistungen für die unter (3) genannte Person an- und entgegenzunehmen. Es wird zudem versichert, dass ggf. eine Weitergabe von wichtigen Informationen die zu den Leistungen gehören an die gesetzlichen Vertreter/Erziehungsberechtigten zeitnah weitergeleitet werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Erziehungsberechtigter _____