



Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

.....
(Nachname, Vorname Erziehungsberechtigte/r Vollmachtgeber)

.....
(Adresse Erziehungsberechtigte/r Vollmachtgeber)

Frau / Herrn

.....
(Nachname Vorname Bevollmächtigter)

.....
(Adresse Bevollmächtigter)

die für den stationären Klinikaufenthalt ab dem in der

Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH
Gehfeldstr. 24
82467 Garmisch-Partenkirchen

notwendigen Patientenverträge /-unterlagen und gegebenenfalls auch die
Wahlleistungsverträge

für mein Kind,..... zu unterschreiben.

(Nachname Vorname)

Damit erkläre ich mein Einverständnis und akzeptiere die in den Verträgen
niedergelegten Bedingungen des Krankenhauses (AVB)

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r (Vollmachtgeber)