

## Vertretungsvollmacht

Hiermit erteile ich, \_\_\_\_\_

Name der Patientin / des Patienten

\_\_\_\_\_

Name der / des Bevollmächtigten

die Vollmacht, mich bei der Ärztekammer Nordrhein bezüglich des außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens die Rechnung von

\_\_\_\_\_

Name der Ärztin / des Arztes

\_\_\_\_\_

(Rechnungsnummer und -datum)

betreffend zu vertreten.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift