Vollmacht

**Vollmachtgeber**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Komplette Angaben ergänzen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon, E-Mail)*

**beauftragt und bevollmächtigt**

**Bevollmächtigter**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Komplette Angaben ergänzen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon, E-Mail)*

ihn im folgenden Geschäft rechtsgültig zu vertreten:

* **Entgegennahme der medizinischen Krankengeschichte auf einem selbst mitgebrachten oder von der Praxis Dr. Scheiwiller gekauften, original verpacktem USB-Stick**

# Rechte und Pflichten

Der Bevollmächtigte besorgt das bezeichnete Geschäft nach bestem Wissen und Gewissen. Er ist zu Treue und Verschwiegenheit verpflichtet. Es ist ihm gestattet alle zu diesem Sachgeschäft erforderlichen Dokumente im Namen des Vollmachtgebers zu unterzeichnen, Erklärungen abzugeben oder Gelder einzukassieren.

Der Vollmachtgeber anerkennt alle, gestützt auf diese Vollmacht vorgenommenen Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte des Bevollmächtigten als verbindlich. Er ist zum Ersatz der daraus entstehenden Kosten verpflichtet.

# Erlöschen der Vollmacht

Diese Vollmacht erlischt mit Abschluss des bezeichneten Rechtsgeschäfts. Sie ist jederzeit widerrufbar und gilt längstens bis zum 31.12.2023.

# Gerichtsstand und anwendbares Recht

Für Streitigkeiten aus der Vollmacht gilt der Gerichtsstand am Wohnsitz des Vollmachtgebers. Anwendbar bleibt das Schweizer Recht.

# Unterschrift

     

***Ort / Datum***  ...........................................................

***Vollmachtgeber***