



# Vollmacht

zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen



1

## Vollmachtgeber

Ort, Datum

Unterschrift

## Umfang der Vollmacht

Hiermit erteile ich der unten aufgeführten Person/Firma Vollmacht, die Lieferbestätigungen für Pflegehilfsmittel gem. §78, Abs.1 in Verbindung mit §40, Abs.2 SGB XI zu unterzeichnen.

2

## Absender

## Zusenden der Vollmacht

IK-Nr. STERiZAR GmbH 590508285

Per Post an

oder

Per E-Mail an

STERiZAR GmbH  
Abt. Pflegebox  
Krahenhöher Weg 17  
42659 Solingen

[info@sterizarbox.de](mailto:info@sterizarbox.de)

MIT FOTOANHANG