

Empfangsvollmacht für ambulanten Dienst

Wir möchten Ihnen den Umgang mit Ihren kostenfreien Pflegehilfsmitteln so einfach wie möglich gestalten. Daher bieten wir Ihnen mit dieser Empfangsvollmacht an, die monatlich notwendige Unterschrift zum Erhalt der Pflegehilfsmittel an Ihren ambulanten Pflegedienst zu übertragen.

Die Vollmacht ist ausschließlich für den Erhalt von Pflegehilfsmitteln von PROMEDICA24 gültig.

Hiermit ermächtige ich:

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

Versicherte/r:

Frau Herr Vorname:* Nachname:*

Straße*: Haus-Nr.*: Adresszusatz:

PLZ:* Ort:*

Telefon/Mobil:

Pflegedienst:

Name des Pflegedienstes / der Sozialstation:

Straße: Haus-Nr.:

PLZ: Ort: Partner-Nr.:

die monatliche Lieferung an Pflegehilfsmitteln der PROMEDICA24 Care Support GmbH – PROMEDICA Pflegebox – anzunehmen und die Empfangsbestätigung zu unterzeichnen.

Die PROMEDICA24 Care Support GmbH ist somit berechtigt, die von mir bestellten Produkte, mit schuldbefreiender Wirkung an alle Mitarbeiter und Stellvertreter der oben genannten Organisation zu liefern. Ab der Übergabe trage ich somit das Risiko für den Untergang oder Verlust der Ware. In diesem Zusammenhang stimme ich zu, dass die PROMEDICA24 Care Support GmbH sowohl personenbezogene, als auch Gesundheitsdaten an den von mir bevollmächtigten Pflegedienst weitergeben kann, soweit dies für die Annahme der PROMEDICA Pflegebox nötig ist. Sofern ich die oben genannte Empfangsvollmacht für einen Dritten, z. B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der PROMEDICA24 Care Support GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen. Ist dies nicht der Fall, erkenne ich hiermit an, dass ich unter Umständen schadenersatzpflichtig sein kann.

Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)